7+xvlll h

ANNALI

DI OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND LIBRARY

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

DIRETTI DAL **Prof. DOMENICO CHIARA** (MILANO)

CON LA COLLABORAZIONE DEI SIGNORI:

Prof. **G. Calderini** (Parma) — Prof. **L. Cazzani** (Cagliari) — Prof. **G. Chiarleoni** (Vercelli) — Prof. **G. Cosentino** (Palermo) — Prof. **A. Cuzzi** (Modena) — Prof. **M. Frari** (Padova) — Prof. **G. Madruzza** (Perugia) — Prof. **C. Minati** (Pisa) — Prof. **O. Morisani** (Napoli) — Prof. **E. Pasquali** (Roma) — Prof. **D. Tibone** (Torino) — Prof. **G. Valtorta** (Venezia) — Dott. **C. Belluzzi** (Bologna) — Dott. **L. Bergesio** (Torino) — Dott. **G. Casati** (Milano) — Dott. **V. De-Paoli** (Genova) — Dott. **E. Fasola** (Parma) — Dott. **E. Grassi** (Firenze) — Dottor **G. Inverardi** (Torino) Dott. **C. Liebmann** (Trieste) — Dott. **O. Marchionneschi** (Pisa) — Dott. **G. Nicola** (Modena) — Dott. **B. Nicolini** (Pavia) — Dott. **N. Nigra** (Castellamonte) — Dott. **M. Vercelli** (Saluggia).

E REDATTI DAI DOTTORI:

LUIGI MANGIAGALLI (Milano) — **PAOLO NEGRI** (Milano).

Anno III — 1881

MILANO

TIPOGRAFIA DI PIETRO AGNELLI

Via Pietro Verri, N. 16

—

1881.

INDICE

Ai nostri lettori . . . . . Pag. I

Memorie Originali.

1. Bompiani A. — La irrigazione intrauterina continua nella endometrite settica e il trattamento chirurgico della metroperitonite puerperale . . . . . Pag. 133
2. Bompiani A. — Due ooforoisterectomie cesaree eseguite dal Prof. Cav. E. Pasquali, e proposta di modificazione al processo del Porro . . . . . » 594
3. Calderini G. — Decollazione colla fune . . . . . » 212
4. Calderini G. — Ranula in un neonato . . . . . » 619
5. Calderini G. — Sulla questione dello insegnamento pratico della ginecologia e pediatria in Italia . . » 216
6. Caselli A. — Estirpazione totale dell'utero per la via della vagina. — Asportazione attraverso la vagina d'enorme fibroma sotto-sieroso uterino sviluppato nel legamento largo sinistro . . . . . » 275
7. Cazzani L. — L'assa fetida nella profilassi del parto abortivo e prematuro . . . . . » 577
8. Chiara D. — Una ultima parola sulla profilassi listeriana nella Clinica Ostetrica milanese. Lettera aperta al Sig. Cav. Romolo Griffini . . . . . » 144
9. Chiarleoni G. — Distocia meccanica fetale per presentazione del fronte . . . . . » 3-102
10. Chiarleoni G. — Lettera aperta al Dottor Mangiagalli » 539

11. Fasola E. — Il forcipe Tarnier — Suo esito in tre casi difficili — Puerperii interessanti per diverse questioni . . . . . Pag. 491
12. Inverardi G. — Descrizione di un bacino cifotico . » 171
13. Mangiacalli L. — Il parto nelle primipare attempate » 265
14. Mangiagalli L. — Il Quinquennio 1875-79 nella Clinica Ostetrica di Milano . . . . . » 285-546-621
15. Marchionneschi O. — Termometria in ostetricia . . » 26
16. Marchionneschi O. — Gravidanza e parto in donna rachitica . . . . . , ... » 513
17. Marchionneschi O. — Lochiazione . . . . . » 685
18. Morisani A. — Sulla sinfisiotomia . . . . . » 615
19. Negri P. — Del complemento artificiale della evoluzione spontanea mediante l'uncino acuto . . . . » 155
20. Negri P. — La cura locale della setticemia puerperale » 208
21. Negri P. — Due nuovi casi di taglio cesareo . . . » 657
22. Pinolini F. — Il termo-cauterio nella cura delle teleangiectasie . . . . . » 38
23. Tibone D. — Di una ovaro-isterectomia cesarea per distocia pelvica da osteomalacia e l'Istituto Clinico-Ostetrico di Torino . . . , ... » 65

Rassegna.

1. Baum. — Cura radicale del cancro dell'utero . . Pag. 48
2. Belluzzi C. — Rendiconto sanitario del Baliatico degli Esposti di Bologna pel decennio 1869-78 . . . . » 226
3. Bompiani A. — La estirpazione dell'utero per la via della vagina; una pagina di ginecologia operativa. » 45
4. Calderini G. — Le precauzioni antisettiche . . . . » 246
5. Caneva e Chiarleoni. — Di un caso di fibromi multipli dell'utero complicanti il parto . . . . . » 115
6. Chiarleoni G. — Iperinvoluzione uterina (?) . . . . » 53
7. Congresso Medico Internazionale di Londra . . . . » 569-638
8. D'Antona A. — Una sesta ovariotomia seguita da rapida guarigione . . . . . » 5

9. De-Cristoforis. — Le malattie della donna . . Pag. 223
10. Del forcipe e suoi succedanei nel travaglio lento secondo la Scuola Inglese. — Sunto di una discussione sopra tale argomento nella Società Ostetrica di Londra . . . . . » 117
11. Fage Marc. — Étude sur l'opération d'Emmet — déchirure du col de l'utérus . . . . . » 231
12. Grassi E. — Il primo anno della Clinica Ostetrica diretta dal Cav. Prof. Vincenzo Balocchi nella nuova Maternità di Firenze. Rendiconto . . . . . » 108
13. Grassi E. — Due casi di evoluzione spontanea; relazione e commenti . . . . . » 56
14. Harris. — L'Ostetricia in China . . . . . » 742
15. Il taglio cesareo susseguito dalla sutura dell'utero . » 533
16. Mangiagalli L. — Due ovariotomie con esito felice. » 236
17. Pellizzari C. e Tafani A. — Malattie delle ossa da sifilide ereditaria . . . . . » 740
18. Piovano A. — Di una ovariotomia eseguita in Torino l'8 ottobre 1880 . . . . . » 52
19. Raffo C. — Di un caso di ernia inguinale ovarica, simulante strozzamento intestinale, curata felicemente con l'estirpazione . . . . . » 113
20. Schroeder. — Manuale d'Ostetricia. Trad. italiana . » 567
21. Tibone D. e Bergesio L. — Considerazioni ed esperimenti sui processi di cefalotripsia interna . . . . » 52

Notizie Compendiate.

1. Annotazioni sull'amputazione cesarea utero-ovarica Pag. 126-258-510-655
2. Estirpazione dell'utero canceroso per la via vaginale in Italia . . . . . » 259-516-655-758
3. Movimento clinico nella R. Scuola di Ostetricia in Milano . . . . . » 60-260-506
4. Movimento clinico dell'Istituto Ostetrico di Torino » 128
5. Ovariotomie . . . . . » 655-758

Nomine.

Vedi pagina 132-264-656.

Errata-Corrige.

Vedi pag. 264.

Rettifica.

Vedi pag. 760.

Cenni Necrologici.

Agudio Francesco . . . . . Pag. 656-759
Chautreuil G. . . . . » 512
Mac-Clintoc . . . . . » 656
Mattei Antonio . . . . . » 511
Pajusco Francesco . . . . . » 63
Spiegelberg Otto . . . . . » 656

AI NOSTRI LETTORI

Più che di promettere la direzione degli *Annali* si curò mai sempre di fare; in prova ricorderemo questo solo fatto, che dalle difficoltà tipografico-economiche sorte nell'anno andato dallo sciopero degli operai-tipografi, la direzione trasse argomento e forza per migliorare le condizioni materiali del giornale. — Adunque, *fare più che promettere,* sarà pure la divisa nostra per l'avvenire; basteranno pertanto poche parole per formulare i nostri intendimenti. — Eran corse voci vaghe di arenamento della nostra nave, o a dir meglio di smarrimento in alto mare per colpa di quella bonaccia che si chiama indifferenza del pubblico. — Ebbene, in quella che siffatte infondatissime voci correvano, noi ci adopravamo per rafforzare la compage e migliorare la struttura della nave, e procacciarle più numeroso e sperimentato equipaggio. Ed invero se (per uscire di metafora) al lettore piacerà confrontare il presente fascicolo con uno degli anni andati, troverà che le pagine vennero cresciute di sette linee tipografiche, ciò che, pur lasciando immutato il numero delle pagine, consente uno spazio maggiore di circa un foglio di stampa, e troverà eziandio che la carta è notevolmente migliore; in cui sia mediocremente addentro nelle cose tipografiche noi intravvediamo con certezza un lodatore. — D'altro lato il nome de' nostri collaboratori già favorevolmente noto

nella repubblica scientifico-clinica, il numero, la varietà, la qualità, la posizione de' medesimi assicura un carattere francamente e largamente nazionale alla nostra effemeride, ed è arra che il vasto campo delle specialità cui il giornale è dedicato verrà percorso, toccato, esplorato in tutta l'ampiezza sua. — Più non ci si rimprovererà, ne abbiamo certezza, di lasciare in abbandono la pediajatria, mantenendo predominante e invadente la ostetricia, come ci proclamiamo certi che i nostri collaboratori ci faranno mantenere la promessa che la scienza e la pratica s'avranno nel nostro giornale armonico e condegno sviluppo. — Continueremo, come in passato, a dar posto nelle nostre pagine a rassegne de' più importanti lavori stranieri e nazionali, specie di quelli che verranno inviati in doppio esemplare; faremo anzi di più. — Memori che la scienza e la pratica collettiva, quella cioè che si elabora nelle accademie e società scientifiche va pigliando importanza sempre maggiore, daremo in epoche e forma convenienti un rendiconto dell'attività di questi corpi scientifici di guisa che a' lettori, cui sia per importare, tornerà facile porsi sott'occhio come un quadro dello stato della scienza e della pratica nelle città più importanti del nostro paese e straniere.

Tali gl'intendimenti nostri; del concorso de' nostri collaboratori sappiamo che dobbiam tenerci sicuri; non ci venga meno il conforto e l'ajuto morale e materiale del pubblico medico, e lo scopo propostoci sarà indubbiamente raggiunto.

LA DIREZIONE.

Volume III. Gennajo 1881 N. 1.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

DISTOCIA MECCANICA FETALE

PER PRESENTAZIONE DEL FRONTE

NOTA CLINICA

del Dott. GIUSEPPE CHIARLEONI

Consulente ostetrico di S. Corona.

Fino dall'agosto del 1876, epoca nella quale in assenza del Professore Domenico Chiara io dirigevo la Maternità Milanese, avevo dato compimento a questo breve lavoro. Fatti e circostanze che sarebbe inutile ricordare mi tennero lontano dal farlo di pubblica ragione. Ora poi che su questo argomento il Dott. Mangiagalli dava alla luce un suo elaborato lavoro (Vedi *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, fasc. di nov.-dic. 1880), mi sembrò che il mio non potesse riuscire del tutto inutile, epperò chiesto ed ottenuto dal Prof. Chiara il permesso di servirmi del materiale raccolto alla Maternità, mi decisi di sottoporlo al giudizio del lettore.

Per quanto sembri superfluo, come chiaro emergerà dalla lettura del lavoro, pure amo premettere che nel redigerlo, i concetti che vi presiedettero furono: 1.° quello di richiamare l'attenzione degli ostetrici sulla necessità di conservare la varietà frontale della presentazione della faccia nella classificazione delle presentazioni in genere; 2.° quello di dimostrare che il pronostico del parto per il fronte è molto grave; anzi secondo me è alla confusione che gli autori fanno del parto per la faccia e per il fronte considerandoli come cosa unica, che potrebbe forse ascri-

versi la molta disparità di apprezzamento circa il pronostico che dagli ostetrici viene portato anche oggidì in merito al parto per la faccia.

Il materiale clinico, al pari del Dott. Mangiagalli, io trassi dai registri della Maternità, ma per il più lungo periodo di tempo intercorso dal 1853 al 1875. Ben lungi dal volere erigere un contrapposto al lavoro del Mangiagalli, il mio viene quasi in ogni punto a confortare le conclusioni a cui esso pervenne; laonde mi lusingo che il lettore nella tardiva, troppo tardiva pubblicazione, troverà se non altro un argomento di più per farsi convinto della importanza della questione.

Un caso di presentazione della faccia occorso non ha guari nella nostra clinica merita per il suo interesse di essere segnalato all'attenzione dei colleghi, in quanto dinota fino alla evidenza la necessità di conservare fra le varietà della presentazione in discorso, quella del fronte, e in pari tempo perchè fa vedere come questa varietà quando non si corregge durante il primo tempo del meccanismo del travaglio possa farsi causa di distocia meccanica. Riserbandomi di fare una qualche riflessione dopo avere esposto il caso clinico passo tosto alla narrazione del medesimo.

N. N. è una donna in sui 31 anni. Abbastanza robusta e bene conformata ebbe altri 4 parti a termine felici per essa e per i bambini, i quali vivono ancora. Fattasi gestante per la 5ª volta essa vide l'ultimo tributo mensuale l'8 del mese di settembre 1875, ora è a termine e in travaglio di parto da 40 1|2 ore. Questo cominciò il giorno 25 giugno alle ore 12. 30 antim. Sostenuto e regolare si mantenne fino alle ore 3 antim. del 26 in cui a dilatazione completa si ruppero artificialmente le membrane. Poco dopo ebbe principio il periodo espulsivo che senza produrre vantaggi reali si protrasse fino al mezzogiorno.

Chiamato allora il medico condotto, questo le ordina 3 grm. di segale cornuta da somministrarsi in tre prese, alle 4, alle 5 e alle 7 antim. del 26. — Il travaglio continua fino alle 6 antim, indi si sospende letteralmente la contrazione uterina; che per riaccendere si fanno due semicupi, l'uno alle 7 e l'altro alle 11 antim. Ma tutto riuscendo frustraneo la donna è inviata all'Ospizio dove si accoglieva alle 5 pom.

Stato generale abbattuto; poco o punto dolori; utero perma-

nentemente retratto sul contenuto; battito fetale mancante. Vagina calda e dolente; orifizio uterino risalito sulla parte presentata. Prospetta il centro dello scavo occupandone i due terzi superiori, il fronte ricoperto da un enorme tumore di parto. A sinistra in corrispondenza della parete cotiloidea si raggiunge la radice del naso e a stento e con due soltanto si arriva a sfiorare le pinne del medesimo. Non è possibile raggiungere la bocca, peggio poi il mento. Nella direzione della congiunzione sacro-iliaca di destra si arriva con facilità la fontanella bregmatica. Dai genitali cola un liquame di colore oscuro fetentissimo. Il cateterismo dà circa 80 grm. di urina, densa, sanguinolenta. Temperatura 36. 1, polso 120.

Il lungo travaglio e la più lunga compressione di buona parte di tessuti pelvici, la nessuna contrazione uterina e finalmente la accertata morte del feto ci determinarono per lo intervento.

Il forcipe a testa integra o craniotomizzata, la versione, l'uncino ottuso o acuto portato sul mento, la craniotomia fatta seguire dalla estrazione col cefalotritore Guyon (1) o cogli uncini (scartando nel caso nostro tutti i processi di *correzione manuale*, perciocchè la parte presentata era immobile e fuoriuscita dal campo uterino quasi per intero e per di più l'utero tetanizzato) formano, come tutti sanno, l'insieme dei molteplici procedimenti operativi escogitati, necessitando l'intervento nelle presentazioni della faccia. A quale di questi ci dovevamo attenere? La risposta è oltremodo facile; poichè si può dire che il processo meno complicato e meno pericoloso per la madre era quello additatoci dal nostro caso. Dunque, scartato il forcipe a testa integra, a più forte ragione il rivolgimento e gli uncini, la scelta cadeva sul forcipe o sul cefalotritore dopo la cefalotomia. Anche nella scelta fra cotesti due mezzi non poteva cadere incertezza; infatti il forcipe, per quanto la testa sia craniotomizzata per l'ampiezza delle branche e del seno delle medesime, avrebbe ottenuta la estrazione del feto col rischio ancora di non indifferenti compressioni sui tessuti materni; mentre invece col cefalotritore Guyon per essere di poco superiore al forcipe in peso e per avere un seno molto più breve (3 ctm. a istrumento chiuso), si doveva poter

(1) Vedi la mia memoria intitolata: *Di 5 casi di cefalotrissia ottenuta col forcipe Guyon.*

estrarre con facilità somma e con tutta innocuità per la madre, il feto.

Ciò è quanto venne in pochi minuti mandato a compimento, dietro mio invito, dal Dott. Monzini medico 2° assistente.

Il feto estratto, di sesso femminile, a termine, pesava senza cervella 3370 grm.

Il secondamento fu normale.

Quantunque possa parere ozioso non voglio tralasciare di far cenno che il foro della craniotomia venne a cadere sul frontale destro che era il posteriore, e che il cefalotribo Guyon fece presa sull'ovoide occipitale, schiacciando completamente la volta del cranio e il lato destro della base (1).

Il tumore di parto occupava il frontale destro dal margine sopracigliare alla congiunzione col parietale corrispondente; donde nasce spontanea la deduzione che in rapporto col vuoto dello scavo si trovava una circonferenza della testa fetale che chiamerò bregmatico sopranasale.

Avvenuto il secondamento che fu normale, e svuotatosi l'utero anche di una considerevole copia di gaz fetentissimi, si trovò che il labbro anteriore del collo dell' utero era in gran parte staccato dal rimanente e mortificato; per cui se ne fece tosto la recisione.

Dopo la liberazione si dà alla donna internamente un cordiale e si applicano due vesciche di ghiaccio all'ipogastrio al doppio scopo di prevenire o limitare un processo infiammatorio e di mantenere retratto sufficientemente l'utero affinchè non si avesse a rinnovellare l'accumulo di gaz per entro la sua cavità.

Puerperio. — Una metrite traumatica relativamente mite potè essere debellata la mercè della medicazione terebintinacea, di più acido fosforico e alcune dosi di chinino all' interno.

Quando però in 9ª giornata tutto sembrava passato, avvertiamo lo scolo involontario di urine dalla vagina. Si esamina e si trova una larga breccia di comunicazione fra il canal cervicale dell'utero e la vescica. La lunga compressione aveva portato i suoi funesti frutti. Con tutto ciò la donna era apiretica e stava benissimo e potè abbandonare la clinica in 12ª giornata di puerperio.

---

(1) Visto l'impegno e la immobilità della parte presentata si credette di far a meno di fissare internamente la testa con il tirateste Danavia.

Che avverrà della comunicazione fistolosa? Colla involuzione completa dell'utero potrà chiudersi o rimarrà pervia per tutta la vita? Se vogliamo tener calcolo di due altre osservazioni che abbiamo sottomano e che ci forniscono due luminosi esempi di guarigione spontanea di fistola cervico-vescicale, dobbiamo conchiudere che molto vi ha a sperare che in cotesta disgraziata la involuzione uterina s'incarichi essa di guarirla dalla sua brutta infermità.

Quale presentazione si aveva nel caso da noi riferito? Si trattava di una presentazione franca della faccia, o piuttosto d'una varietá di questa o del vertice? Prima di esprimere il nostro parere il lettore voglia permetterci di dire succintamente quello che viene insegnato in merito alla presentazione della faccia.

Non vogliamo certamente fare la storia delle vicende del parto per la faccia, perchè usciremmo dai confini impostici dalla qualità del lavoro, ma nello intendimento di mettere il lettore nella condizione migliore per comprendere il valore di quanto è nostro scopo di dimostrare, toccheremo di esso quella parte che ci interessa brevissimamente.

Nei secoli addietro il parto per la faccia era considerato come *contronatura;* e nel nostro l'Asdrubali, il Baudeloque, il Gardien, la Boivin, il Caparon si mostrano ancora dello stesso avviso.

Giustizia vuole però che si dica non essere qua e colà mancati imparziali e alluminati investigatori, i quali ebbero conoscenza della possibilità del parto spontaneo per la faccia. Del numero, al dire di Joulin, è lo Smellie e secondo il Velpeau, il meccanismo del parto spontaneo in questa presentazione era conosciuto dal fiorentino Nannoni e dal Deleurye. Primo però a descrivere il meccanismo di tal parto, come assicura il Pastorello (*Trattato di Ostetricia.* Pavia 1854, pag. 473), sarebbe stato il Chevreul nel 1792. Fa pertanto alcun poco meraviglia il vedere il Böer che in sul principio del nostro secolo quasi vorrebbe appropriarsi il merito di tale scoperta, affermando non esservi mai stato prima di lui tanta concordanza di pareri su di uno qualunque dei mille argomenti della ostetricia, quanto su questo, che il parto per la faccia non poteva compiersi altrimenti che artificialmente. Con tuttociò è a lui che siamo debitori della prima inappuntabile descrizione della meccanica di questo parto.

In Francia un tal merito viene universalmente attribuito a M.me Lachapelle.

Una volta entrata nella coscienza universale cotesta convinzione, si esagerò la portata dei fatti e si proclamò e descrisse come eutocico il parto per la faccia senza restrizione di sorta. E badi il lettore che non è esagerazione la nostra. Infatti così sono gli insegnamenti di Velpeau, di Jacquemier, di Chailly, di Cazeaux e fra di noi di Bongioanni, di Pastorello, di Lovati, Ballocchi, Esterle e altri ancora. Carlo Braun e Gustavo Braun in Austria, Hubert in Belgio, Näegele e Schröder in Germania, Playfair ed altri in Inghilterra tutti insegnano che il parto per la faccia deve ritenersi come eutocico. Siamo d' avviso che molto si avrebbe a ricercare fra gli scrittori moderni per trovarne uno che dissentisse da questo modo di vedere.

Il meccanismo di tal parto fu descritto in tutte le sue particolarità con la massima precisione. Si studiarono del pari le varietà di questa presentazione; e dalla maggioranza si dà il primo posto alla *varietà frontale*

Come abbiamo fatto cenno in principio, è di questa *varietà* che noi intendiamo di tenere parola, epperò non sarà inutile un accenno a quanto si trova in proposito consegnato nei libri di parecchi degli autori sopracitati.

In ordine cronologico diremo che il Baudeloque non ammette una varietà frontale, limitandosi senza più a chiamare contronatura il parto per la faccia (1).

Poco di poi troviamo il Gardien che fa della fronte una vera presentazione, la quale a suo avviso è anche meno pericolosa di quella della faccia (2). Il Caparon (3) si limita a dire che il parto per la faccia è contronatura e che solo potrà effettuarsi spontaneo ove il feto sia piccolissimo e il bacino molto ampio; ma non fa speciale cenno della presentazione del fronte. Per converso il Velpeau, fa cenno della frequenza della varietà frontale, che secondo lui sarebbe sempre corretta dalla natura; per cui viene alla conclusione che « ce genre d'accouchements est donc non seulement » possible, mais encore le plus souvent très-facile (4). »

---

(1) Baudeloque. *L'art des accouchements.* Paris 1807, tome I,

(2) Gardien. *Traité complet d'accouchements, etc.* Paris 1816, tome II.

(3) Capuron. *Corso teorico pratico d' ostetricia.* Versione di A. Bianchi. Milano 1841, pag. 175.

(4) Velpeau. *Traité élém. de l'art des accouch.* Tome II, p. 500. Paris 1829.

Il Pastorello, che ha un capitolo assai interessante sulla presentazione della faccia, è fra quelli che ammettono la varietà frontale non solo, ma che ne riconoscono le maggiori difficoltà nel parto. Infatti dopo aver detto che quasi sempre in principio di travaglio si muta in presentazione di vertice così continua: « se la faccia discende in tale atteggiamento, cioè colla fronte più depressa (bassa?) del mento, allora il parto incontra maggiori difficoltà di quando la faccia è orizzontale; ma se il mento dirigesi verso il pube il parto si eseguisce coll'accennato solito meccanismo del parto per la faccia (1). »

Quasi contemporaneamente a quest'ultimo il Lovati nel suo *Trattato del parto meccanico* (Milano 1854), fa appena qualche cenno al proposito.

Jacquemier sembra che pur conoscendo la varietà frontale di essa non si preoccupi molto, comecchè si limiti a dire che ove non si corregga spontaneamente, si dovrà ottenere la correzione o respingendo il fronte o abbassando il mento (2). Parlando della varietà frontale il Chailly-Honoré è d'avviso che si corregga sempre immediatamente dopo la rottura delle membrane, la testa deflettendosi in totalità. Il cambiamento in presentazione di vertice lo dice difficilissimo; e non ammette la possibilità della permanenza della presentazione del fronte, per cui parlando delle anomalie del meccanismo del parto per la faccia non ne fa menzione di sorta (3).

Il Cazeaux a pag. 857 del suo trattato (*De l'art des accouch.* Settima ediz. Tarnier. Paris 1867) dice: « I casi ne' quali la fronte è in principio posta al centro del distretto superiore, sono frequentissimi, e si è al momento dell'impegno nello scavo che l'estensione completandosi la faccia diviene in totalità orizzontale ». Con queste parole viene ad ammettere sempre la riduzione spontanea, ciò che è pur messo in evidenza dal silenzio che in proposito serba, là dove parla delle anomalie del meccanismo del parto per la faccia.

Lo Scanzoni (4), al pari del Gardien, ammette la presentazione

---

(1) Pastorello. *Trattato d'ostetricia.* Pavia 1854, pag. 481.

(2) Jacquemier. *Manuel des accouchements.* Tome II, pag. 79-80. Paris 1846.

(3) Chailly-Honoré. *Traité pratique de l'art des accouch.* 4ª ediz., pag. 776. Paris 1861.

(4) Scanzoni. *De l'art des accouch.* Trad. Picard. Paris 1859.

del fronte che può essere primitiva o secondaria (l. c. pag. 237). La correzione, secondo lui, è la regola e solo nei casi in cui si abbiano da una parte testa voluminosa, e dall'altra ostacoli potenti, può non avvenire. In tali emergenze raccomanda la versione a testa libera, se impegnato il forcipe.

È avviso del Näegele che la *presentazione del fronte* sia intermedia e transitoria, e che si muti in quella della faccia o del vertice, rarissimamente persistendo come tale fino alla fine del travaglio. Non fa cenno però in quest'ultimo caso del modo secondo il quale il parto si espleterebbe. L'Hubert poi tace assolutamente sull'argomento, e Joulin accenna solo alla varietà frontale della faccia per rifiutarla.

Playfair, Schrôder e Gustavo A. Brann ammettono la presentazione del fronte ma solo a titolo di varietà del vertice.

In generale non ammettono il parto spontaneo, e in quei rari casi che avviene, ciò sarebbe dovuto alla rotazione in avanti della *mascella superiore* (?) che si fisserebbe di contro all'arco pubico e l'occipite allora scivolerebbe lungo il perineo. Il Playfair poi aggiunge che « se la testa discende in questa guisa, le difficoltà quantunque non insuperabili, ponno farsi molto gravi, perocchè il lungo diametro *cervico frontale* è impegnato nella cavità pelvica. » Sono poi tutti d'accordo nel non contare in tai casi sul parto spontaneo; epperò danno il consiglio d'intervenire artificialmente.

Da cotesta rapida scorsa fatta su quanto hanno in questo secolo scritto gli autori che abbiamo potuto consultare, chiaro emerge che tutti, eccettuati il Deleurye e lo Scanzoni, non concedono che una secondaria importanza alla presentazione del fronte.

Che anzi per la maggior parte si tratterebbe soltanto di una varietà di presentazione, per cui se ne sbrigano con poche parole. La nostra esperienza all'incontro, per quanto non estesissima, ci porta ad emettere ben altro giudizio. Invero per noi è indubitato che oltre a quelle del vertice e della faccia esiste una vera presentazione del fronte e che è questa in precipuo modo quella che dovrebbe spiegare il poco favorevole pronostico che in generale venne e viene da alcuni ancora portato sulle presentazioni della faccia.

Che se gli osservatori avessero avuto sempre davanti a loro questo nostro concetto, forse vedremmo ai dì nostri modificate sulla questione degli accidenti della presentazione della faccia molte inesattezze.

Siamo infatti intimamente convinti che la presentazione della faccia, meno nei rari casi in cui il mento non r[illegible] avanti e non viene a collocarsi sotto l'arco del pube am[illegible] un pronostico molto buono e quasi quanto quello che si porta per le presentazioni del vertice; mentre in quelle del fronte se non corrette spontaneamente o ad arte prima dello impegno comportano un opposto pronostico. E quasi saremmo spinti a metterlo a paro con quello che si porta intorno alla presentazione del piano laterale abbandonato alla natura.

Ora facendo ritorno al caso da noi riferito è egli possibile rifiutare la varietà frontale della presentazione della faccia? Io non lo credo e ne dò le ragioni. Escludo assolutamente il supposto che primitivamente si trattasse di presentazione di vertice: 1° perchè presentandosi il vertice se avviene alcuna volta che il fronte si abbassi più del sincipite, l'abbassamento è sempre meno considerevole; 2° perchè in uno al fronte è sempre fatto possibile a testa impegnata l'arrivare col dito un punto prossi[illegible] alla fontanella occipitale; ciò che viene a dire che la volta c[illegible]nica s'impegna col suo diametro fronto-occipitale invece che sottoccipito bregmatico, epperò la circonferenza piccola della volta cranica è sostituita dalla grande; 3° perchè il tumore del parto risiedeva in totalità sul frontale destro, mentre che se ne avrebbero dovuto trovar traccie snll'uno o sull'altro parietale.

Non poteva del pari trattarsi di un tentativo spontaneo di sostituzione della presentazione della faccia ad una primitiva del vertice; ostando a questo modo di vedere oltre alla sede del *caput succedaneum* anche il volume del feto. Ognun sa invero che cotali sostituzioni avvengono quasi esclusivamente nei casi di feto prematuro o poco sviluppato se a termine e di bacino molto ampio o schiacciato dall'avanti allo indietro, lasciando ancora uno spazio libero di 81 mm. almeno nella coniugata superiore (Vedi Martin in *Archives de Thocologie.* Depaul 1875).

Primitivamente adunque nel nostro caso si aveva a che fare con una presentazione della faccia. Ma era dessa una presentazione franca o piuttosto una varietà della medesima? Si ricordi il lettore quali dati ci forniva il riscontro vaginale e quali ci erano confermati dall'esame oculare del cadaverello, e dovrà con noi convenire che si avea veramente e certissimamente a che fare con una varietà frontale della presentazione della faccia.

Se talvolta non è il numero ma la natura dei fatti che determinano il valore dei medesimi, non ci sembra che ci si possa tacciare di esagerazione se dichiariamo utile il mantenere fra le varietà della presentazione della faccia quella del fronte.

Utile perchè una classazione per essere completa deve contenere tutti i dati possibili non solo ma pur anco verificatisi, e perchè la varietà frontale della presentazione in discorso ove si mantenga tale per tutto l'andamento del travaglio comporta un meccanesimo speciale e che varia considerevolissimamente da quello secondo cui compie il moto di translazione la testa quando è la faccia previa. Siamo d'avviso ancora che diverso sia il pronostico che comportano la presentazione franca della faccia e la varietà frontale.

Forse non sarà vano del tutto il dare una qualche maggiore dilucidazione intorno a questi ultimi due punti.

Quando è la faccia per intiero che si presenta, se avvenir deve il parto spontaneo torna di tutta necessità che il mento, qualunque sia il punto della pelvi verso il quale guarda primitivamente, ruoti in avanti e venga a porsi sotto l'arco del pube; se per l'opposto è il fronte che prospetta il centro del bacino e vi si mantiene, il parto spontaneo non potrà verificarsi se non quando ruotato in avanti si sia immesso sotto l'arco pubico in tal guisa che al sommo di questo corrisponda la radice del naso. A cotesto punto è reso possibile che la potenza fattasi maggiore delle resistenze spinga più o meno lentamente in basso il cono occipitale e che finalmente alla commessura posteriore della vulva appaja la fontanella bregmatica, la triangolare, l'occipite, la nuca e per ultimo la faccia.

Evidentemente in cotesti casi perchè il parto si effettui è necessario che si compia un meccanismo quasi identico a quello che avviene nelle posizioni *occipito posteriori permanenti.*

Ma non sempre si verifica quanto siam venuti dicendo e il più di frequente natura sa correggere fin dal bel principio la irregolarità della presentazione obbligando il mento ad abbassarsi, a portarsi in una parola ad eguale livello del fronte. Da cotesto punto in poi tutto rientra nelle condizioni normali e l'andamento del travaglio non soffre maggiori o nuovi incagli; dappoichè la faccia può, sospinta dalla potenza raggiungere il piano inferiore del canale, dove incontrando nuove resistenze sarà sollecitata a compiere la rotazione interna. Se però cotale spontanea correzione non si avvera, ma invece il fronte mantenendosi al centro del

canale, si abbassa di tanto da permettere al cercine dell' orifizio uterino di risalire dall' una parte fino all'altezza della radice del naso e dall'altra fino in corrispondenza della fontanella anteriore, può avvenire come appunto abbiamo constatato nel caso nostro che non si faccia la rotazione in avanti del fronte e che perciò vi sia arresto nella translazione del feto. Le cause di un tale arresto risiedono in parte in una distribuzione anomala delle resistenze e nelle mutate condizioni del corpo che attraversa il canale. Difatti è certo che le resistenze dovute al piano perineale od anche solo alle parti più basse del canale sono quelle che danno luogo al moto di rotazione interna. Ora come potranno giuocare nel nostro supposto se il fronte non potrà essere immesso per entro la scavazione di tanto da venire ad urtare contro i punti sopraccennati? E che non lo possa lo dimostra un fatto di pura e semplice impossibilità meccanica. Perchè il fronte arrivi al basso del canal pelvico mantenendosi più o meno centrale ragion vuole che venga ad un dato momento a confrontarsi con un diametro obliquo della pelvi un diametro o meglio una linea della testa del feto che partendo dal naso vada alla protuberanza occipitale; e questa linea in un feto a termine mi sono potuto convincere per molti e replicati esami che non è mai minore di 12 centimetri, potendo anche raggiungere, come lo dice il Budin in una interessantissima memoria che tratta della testa del feto al punto di vista ostetrico i 13 ctm. e più (1). Ma il diametro obliquo al distretto superiore come nello scavo su di un bacino secco misura appunto 12 ctm. appena. Che non soffra questo diametro pelvico, diminuzione in lunghezza per ragione delle parti molli, io voglio pure ammetterlo, ma se dovrà dare passaggio ad un corpo avente sempre una lunghezza eguale alla sua e spessissime volte superiore, ne avverrà che nel massimo numero dei casi l'avanzamento della parte presentata soffrirà ritardo o si renderà impossibile. E cotesti fatti costituiscono appunto il fondamento di quanto ho detto più sopra, che cioè il feto ostacola la sua uscita meccanicamente quando si mantenga centrale il fronte. Facendo nostro prò degli insegnamenti fornitici dal nostro caso, alle considerazioni che precedono, possiamo aggiungere un argomento perentorio; quello della fistola cervico-vescicale che sarebbe veramente puerile ripetere dall'atto operativo invece che considerarla

(1) *De la tête du fœtus, etc.* Budin. Paris 1876.

quale prodotto logico della lunga pressione subita dai tessuti materni per dato e fatto dell'incuneamento della testa.

Se pertanto avviene che non sempre si ha l'arresto del travaglio in simili circostanze gli è perchè natura sa girare molto sapientemente le difficoltà sostituendo a questo punto alla presentazione del fronte quella franca della faccia o quella del vertice.

Che se ciò non avviene lo si deve in massima parte alla combinazione di più cause; quali lo scolo anticipato delle acque, la poca energia delle contrazioni, la loro irregolarità e il rinserramento del segmento inferiore sulla parte che lo attraversa. Siamo convinti del pari che la correzione in discorso non sarà possibile che quando la parte previa si trova ancora sul distretto superiore o sta per attraversarlo; che se invece questa sarà già in gran parte discesa nello scavo, in allora la correzione spontanea ci sembra, se non impossibile, almanco molto problematica e ciò in massima parte per le irregolarità del restante della faccia; irregolarità che nel mentre ostacoleranno la discesa del mento ne impediranno del pari la sua ascesa.

La conclusione adunque di tutto il fin qui detto è questa: Ogni qualunque volta si ha la presentazione del fronte e questa non si corregge durante il primo tempo del travaglio, la translazione del feto attraverso il canal pelvico genitale sarà in massima arrestata e l'intervento dell'arte si farà necessario. È superfluo il dire che cotesta conclusione è solo strettamente conforme a verità in casi di feti bene sviluppati e a termine, il bacino d' altra parte non offrendo maggiore ampiezza del normale, oppure anche nei casi in cui il feto essendo di sviluppo alcun poco deficiente si ha solo un bacino viziato di alquanto.

A cotesto punto si affaccia la questione dei soccorsi che occorrono in casi consimili, epperò ci ingegneremo di tracciare le norme secondo cui ci sembra si possa dall' ostetrico venire in aiuto alla deficiente natura.

Il feto è vivo o ha cessato di vivere da più o men tempo. Nel primo supposto non basterà l' avere solo di mira la liberazione della donna, ma del pari sarà duopo venire in aiuto del feto. E cotesto ultimo obbligo che incombe al chirurgo, viene a rendere oltremodo seria la questione. Infatti a quali maneggi operatorii dovremo ricorrere? Al forcipe, o alla versione; o invece rifiutando e l'una e l'altra di queste operazioni si tenterà la correzione manuale?

La mercè del forcipe, sempre quando vi si ricorre, si vuole in modo generale porre fine ad un parto che minaccia di farsi anormale, vincendo, anche ove occorra quel tanto di resistenza soverchiante la potenza messa in gioco dalla natura.

Il forcipe può dunque agire come semplice ausiliario della deficiente potenza (inerzia, irregolarità delle contrazioni, ecc.), o come mezzo capace di ricondurre l' equilibrio fra la potenza e le resistenze (viziature pelviche, volume esagerato della testa del feto, anomalie nei movimenti impressi alla parte presentata, ecc.). Si domanda nel primo ordine di fatti un solo aumento della potenza, mentre nel secondo, oltrechè l'aumento di potenza, gli si chiede un tanto di potere riduttore delle resistenze.

Applicando al caso nostro queste idee generali, appare chiaro che dal forcipe non solo il potere traente ma anche il riduttore ricerchiamo. E come l'otteremo noi? Qualunque siano i rapporti che la parte presentata ha con il contorno pelvico, gli è di tutta evidenza che le branche del forcipe non possono non cadere più o meno esattamente sui lati della testa; non cadranno mai e questo è più che certo l'una all'occipite e l'altra al mento. Ma il diametro *sopranaso occipitale* è desso che costituisce per la sua troppa lunghezza la vera causa che induce l'ostetrico all'intervento.

Questi fatti sui quali non può cader dubbio lasciano anche di troppo presagire la impotenza del forcipe nei casi di cui discorriamo. Invero pur ammettendo che il diametro del capo fetale opposto a quello sul quale si esercita la mercè del forcipe un certo grado di pressione non aumenti in modo apprezzabile di lunghezza, rimane però sempre vero che non diminuisce punto.

Eppure è in questo senso che una riduzione è necessaria se si deve sperare di tirar fuori la testa fetale mediante il forcipe. Dunque, quando ben s'intende non si voglia usare di cotesto instrumento come di un cefalotribo, ragionevolmente non si può sperare nella liberazione della donna, tanto più poi senza danno grave per essa e irreparabile per il feto. — Forse, e diciamo forse perchè ci manca ogni qualunque esperienza in proposito, col forcipe si potrebbe imprimere un moto di rotazione al fronte in modo da portarlo sotto l'arco del pube e così rendere possibile la estrazione del feto. Ma ciò potrà senza danno della madre e del feto esser fatto impunemente? È ciò che non crediamo e per ragioni più facili a concepirsi che a dirsi.

La versione è controindicata per noi in modo assoluto, in tutti i

casi di impegno avanzato della parte previa, qualunque poi essa sia. Epperò noi rifiutiamo senza più quest'operazione nel nostro caso.

Rimane quell'altro mezzo ch'è la correzione manuale. Or come si dovrà eseguire? È risaputo che da La Chapelle in poi la correzione viene praticata nello intendimento di abbassare il mento o l'occipite; sostituendo così nel primo caso una presentazione franca della faccia alla varietà frontale e nel secondo sostituendovi quella del vertice.

Se non siamo in errore facendo una larga parte al segmento inferiore come causa ostacolante la correzione *spontanea* della presentazione anormale di cui discorriamo, ci par logico il supporre anche a priori che le maggiori difficoltà debbono incontrarsi quando si tenti di sostituire il vertice al fronte.

E perciò non ci rimane ragionevolmente che sperare nell'abbassamento del mento; abbassamento che si potrà ottenere con due processi diversi. Mediante il primo noi riversiamo sul fronte quella resistenza che sarebbe pur naturalmente necessaria per moderare la sua discesa e con ciò obbligare la risultante della potenza a cadere più presso il mento perchè possa abbassarsi. Questo procedimento consiste nel portare due o anche quattro dita sul fronte e sospingerlo in alto durante la contrazione uterina. È metodo incomodo, lungo e troppo di frequente infido.

Rimane il secondo processo, con il quale si trascina in basso il mento. Allo intento ci sembra debba riuscire la mano portata fin oltre la parte che si vuole trascinare in basso e con essa uncinarla.

Se le quattro dita della mano foggiate ad uncino saranno impotenti a vincere le resistenze opposte dal troppo impegno della parte, perchè paralizzate nella azione loro, si potrà contemporaneamente col pollice, applicato sulla radice del fronte, sospinger questo in alto. Così operando veniamo a mettere artificialmente la testa in quelle identiche condizioni che si verificano nei diversi tempi del travaglio.

Mi spiego: la parte presentata compie il moto di translazione attraverso la filiera genitale eseguendo più cambiamenti, i quali servono a stabilire i diversi tempi del meccanismo del travaglio e sono sotto la dependenza di un principio semplicissimo di meccanica, che dice: *che un corpo spinto da due forze contrarie ma non diametralmente opposte deve ruotare* (1). È quello appunto che noi facciamo quando trascinando in basso il mento colle quattro dita della mano, col pollice risospingiamo in alto il fronte.

---

(1) Vedi Hubert. *Cours d'accouchements.* Vol. I, Louvain 1869.

Non mi dissimulo le difficoltà che tal fiata si incontreranno; ma al postutto ciò è quanto di meglio rimane a farsi per riuscire.

Si fallisce allo scopo? Ebbene allora per noi il problema si trova di un tanto semplificato, dappoichè non rimane che considerare il feto come morto e agire in conseguenza.

La craniotomia sola o fatta seguire dalla estrazione con quello istrumento che si ha sottomano (tirateste, dito foggiato a uncino, forcipe, uncini ottusi, semi-ottusi, acuti, cranioclaste o cefalotritore), sarà sempre possibile e relativamente facile.

Alla causa di distocia meccanica fetale nelle presentazioni di faccia proveniente da ciò che il mento guardando la metà posteriore del bacino vi si mantiene è a parer nostro necessario lo aggiungervi la *varietà frontale permanente.* Donde ne nasce di logica conseguenza il consiglio di avere sempre presente, ogni qualvolta si ha a che fare con una presentazione di faccia, queste circostanze (possibili a verificarsi), le quali essendo capaci di rendere anormale il parto, reclamano l'intervento dell'arte. Con tutto ciò siamo ben lungi dall'accettare come clinicamente dimostrato il modo di vedere del Penrose, Professore di ostetricia all'Università di Pensilvania; il quale, ai dì nostri ancora, nelle presentazioni della faccia vorrebbe « che non si avesse mai a far fidanza colle forze naturali » (1).

Sento che oltrepasserei lo scopo prefissomi e i limiti imposti a lavori come cotesti s'io volessi fare una critica ragionata di quanto, dietro il suesposto principio, l'autore stabilisce circa il trattamento delle presentazioni di faccia; del resto già, per la massima parte, contradetto dai moderni scrittori di ostetricia di tutti i paesi. Pur tuttavia non so decidermi a tacere del tutto; e come il miglior modo per combattere le idee professate dal Penrose, mi sembra sia quella di portare innanzi fatti clinici, i quali s'incarichino essi di rispondere, così è ad essi che lascio la parola. E restando in questo mio pensiero il lettore saprà perdonarmi il seguente quadro statistico di tutte le presentazioni di faccia verificatesi in S. Caterina dal 1853 a tutto il 1875. Da esso potrà rilevare il modo di liberazione e la natura dei soccorsi richiesti, oltre non pochi altri dati che potrebbero nell'insieme servire ad uno studio completo sulla questione.

---

(1) Vedi Pensores. *Traitement des présentations de la face*, pag. 371. *(Archives de Tocologie.* Juin 1876. Paris.

N.° Progressivo	Se primipara o pluripara	Conformazione della pelvi	Epoca del parto	Posizione della present. della faccia	Ore del travagli
1	primipara	normale	a termine	2ª	80
2	pluripara	»	»	1ª	5
3	primipara	»	»	1ª	8
4	»	»	»	2ª	29
5	pluripara	»	»	1ª	20
6	primipara	»	»	2ª	15
7	pluripara	»	»	1ª	4.30
8	»	»	»	2ª	9
9	»	»	»	1ª	2
10	primipara	»	»	2ª	12
11	»	viziata	»	1ª	34.30
12	»	viziata; diam. r. s. 85 mm.	»	1ª	16
13	»	normale	»	2ª	4
14	»	»	»	2ª	31.15
15	»	»	»	1ª	11
16	»	»	»	1ª	15
17	pluripara	viziata; diam. r. s. 85 mm.	»	2ª	36
18	»	normale	»	1ª	27
19	»	»	»	2ª	16
20	primipara	»	»	1ª	10.30
21	»	»	»	1ª	17

Modo di tuazione	Esito per il feto	Puerperio	OSSERVAZIONI
ficiale	premorto	morboso per gang.; morte	La donna entrò in clinica dopo 80 ore di travaglio.
ntaneo	vivo	metr.; guar.	
»	morto	metr.; morte	
»	vivo	metr.; morte	
»	morto	regolare	Non è fatto menzione della causa della morte del feto.
»	vivo	morboso	Trasportata all'ospedale.
»	»	regolare	
»	»	metr.; guar.	
»	»	regolare	
»	»	»	
ficiale	morto	morte	Non è detto dell'atto operativo come pure di quanto fosse il vizio pelvico.
sione	vivo	»	
ntaneo	»	»	
»	»	regolare	
»	morto	»	Il feto era idrocefalico con spina bipida.
»	vivo	»	Languido.
cipe	»	»	Per la ristrettezza pelvica e mancata rotazione interna.
ntaneo	»	»	Travaglio languido.
»	»	»	
»	»	»	
»	»	»	Lento per stentata rotazione.

N.° Progressivo	Se primipara o pluripara	Conformazione della pelvi	Epoca del parto	Posizione della present. della faccia	Or de trava
22	primipara	normale	a termine	1ª	7.
23	»	»	»	2ª	6
24	»	»	»	2ª	23
25	»	»	»	2ª	13
26	»	»	»	1ª	67
27	pluripara	»	»	2ª	26
28	primipara	»	»	2ª	6
29	pluripara	»	»	1ª	8
30	primipara	»	»	2ª	8
31	»	»	»	2ª	51.
32	»	»	»	2ª	16
33	pluripara	»	»	2ª	6.
34	primipara	»	»	2ª	38.
35	»	»	»	2ª	19.
36	»	»	»	1ª	14.
37	pluripara	»	»	1ª	5.
38	primipara	»	»	1ª	12.
39	»	»	»	2ª	9.
40	»	»	»	2ª	10.
41	»	»	»	2ª	17

Modo di ttuazione	Esito per il feto	Puerperio	OSSERVAZIONI
ontaneo	vivo	regolare	
»	»	»	
»	»	»	Lento.
»	»	»	
rcipe	morto	morte	Spasmo uterino.
ontaneo	vivo	regolare	
»	»	»	
»	»	»	
»	»	»	
»	morto	»	Lento per irregolarità delle contrazioni.
rsione	vivo	»	Per minaccia della vita del feto.
ontaneo	»	»	
rcipe	»	»	Per irregolarità di contrazioni e resistenza dell'orificio.
ontaneo	»	morte	
»	»	regolare	
»	»	»	
»	»	»	
»	»	»	
»	»	»	
»	»	»	

N.° Progressivo	Se primipara o pluripara	Conformazione della pelvi	Epoca del parto	Posizione della present. della faccia	C d trav
42	pluripara	normale	a termine	1ª	15
43	»	»	»	1ª	5
44	»	»	»	1ª	14
45	primipara	»	»	2ª	18
46	pluripara	»	»	2ª	1
47	»	»	»	1ª	6
48	primipara	viziata; diam. r. s. 70 mm.	»	1ª	12
49	pluripara	normale	»	1ª	40
50	primipara	»	»	1ª	10
51	pluripara	»	»	1ª	4
52	primipara	»	»	1ª	21
53	pluripara	»	»	1ª	8
54	»	»	»	1ª	40
55	primipara	»	»	1ª	8
56	»	»	»	2ª	11
57	pluripara	»	»	1ª	33
58	primipara	»	»	1ª	26
59	»	»	»	2ª	27
60	pluripara	»	»	1ª	5
61	primipara	»	»	1ª	23

Modo di ffettuazione	Esito per il feto	Puerperio	OSSERVAZIONI
spontaneo	vivo	regolare	
»	»	»	
»	»	»	
»	»	»	
»	»	»	
»	»	»	
efalotrisia versione	morto	morte	Rottura dell' utero.
raniotomia	»	regolare	Irregolarità di contrazione.
spontaneo	vivo	»	
»	»	»	
»	»	»	
»	»	»	
»	morto	»	Lento.
»	vivo	»	
»	»	»	
raniotomia	morto	guarigione	Doppia fistola vescico e retto vaginale.
spontaneo	vivo	regolare	
»	»	»	
»	»	»	
»	»	»	

Il quadro da noi esposto può essere riassunto in poche parole. In tutti i 61 casi il parto avvenne a termine o presso il medesimo; delle donne 38 erano primipare e 23 pluripare; il feto presentavasi in prima posizione 34 volte e 27 in seconda. S'ebbero 51 parti spontanei con una durata media di ore 14.23 e 10 parti artificiali con una durata media di ore 37.33′. La media generale della durata del parto fu di ore 18.19′. La conformazione pelvica della donna si trovò solo 4 volte viziata. L'esito per la madre fu felice in 55 e mortale in 6; si ammalarono in puerperio 13 donne. Il feto venne alla luce vivo in 50 casi, morto in 11.

Di questi ogni singolo dato, potrebbe porgere il destro a riflessioni molto importanti; e certamente quando altro fosse stato lo scopo nostro, ci spenderemmo il necessario tempo per sottoporle al lettore; ma per mantenerci nell'ambito nostro, ci accontenteremo di far rilevare come non sia possibile il non riconoscere che il parto per la faccia viene espletato il massimo numero di volte dalle sole forze naturali, con assai poco accresciuto rischio per la madre e per il feto su quanto avviene nelle presentazioni del vertice.

Oseremmo quasi soggiungere che ove tutte le osservazioni fossero state redatte a seconda delle nostre vedute, quando cioè si fosse sempre tenuto il giusto calcolo della varietà del fronte, e di esse si fosse fatta una categoria separata, i risultati suaccennati ci si appaleserebbero anche migliori.

E ciò diciamo non per uno spirito di censura che non sentiamo di potere e dover fare, ma perchè pur troppo anche la scuola milanese, prima dell'attuale direttore, non seppe sottrarsi alla tendenza generale di considerare la varietà frontale come di poca o nessuna importanza, epperò trascurabile.

La tendenza alla diligente osservazione che è la caratteristica più spiccata della nostra generazione, non tarderà, ne andiam sicuri, a togliere dalla penombra in cui si trova la questione che appena abbiamo adombrata; e fra non molto vedremo ammessa e descritta, oltre alle presentazioni del vertice e della faccia, quella del fronte.

Per intanto possiamo concludere:

1.° Esistere una vera varietà frontale della presentazione della faccia, che potrebbe anche chiamarsi *presentazione;*

2.° Che questa può persistere per tutta la durata del travaglio, il quale può anche sotto favorevoli condizioni compiersi spontaneamente;

3.° Che in questo supposto il meccanismo del parto varia da quello che si osserva nella presentazione della faccia; comecchè la rotazione interna, eseguendosi, porta il margine sopracigliare in rapporto dell'arco pubico e non il mento. Che questo fatto avvenga è a nostro avviso di assoluta necessità; mancando (come in generale ci sembra debba mancare), il parto si fa impossibile;

4.° La presentazione permanente del fronte per noi vuole essere in tutto paragonata a quella della spalla, per cui vorremmo che l'ostetrico intervenisse sempre non facendo a fidanza col parto spontaneo. *(Continua).*

TERMOMETRIA IN OSTETRICIA

osservazioni

DEL

Dott. OTTAVIANO MARCHIONNESCHI

Aiuto alla Clinica Ostetrica e Ginecologica di Pisa.

I primi studi di termometria nelle gravide e nelle puerpere sane si limitarono alla temperatura ascellare; fu in seguito che si estesero alla vaginale, alla uterina e per ultimo anche alla intercostale (Peter), all'ombellicale (Cuzzi).

Noi oggi ci proponiamo di accennare qualche cosa di ognuna di queste temperature trattenendosi più che altro sulle risultanze che a noi e ad altri diedero l'esplorazioni termometriche al petto, nella vagina, all'ascella, e dopo averle fra loro raffrontate, rilevarne l'entità, in quel senso che i fatti ci vorranno suggerire.

Incominciando dalla temperatura ascellare nelle *gravide* ricordiamo come per recenti ed accuratissime indagini il Dott. Marcellino Maggia assistente alla Clinica Ostetrica di Padova fu portato a ritenere che detta *temperatura non ostante l'avanzare della gravidanza e l'avvicinarsi del parto si conserva stazionaria o varia solamente in quei limiti nei quali suol variare in tutti gli individui sani.* Per la *uterina,* sempre nelle gravide e nelle partorienti, accertò che è *maggiore di quella vaginale;* questa poi più che mai dell'ascellare e via via che la gravidanza progredisce e ci si approssima al parto la temperatura vaginale ed uterina proporzionatamente vanno segnando un aumento.

Schroeder, Winkel affermarono che la temperatura dell' utero nelle gravide sorpassa di 0, 13-0, 16 la temperatura vaginale. A questi s'oppose lo Schlesinger che disse di aver trovato differenze

maggiori fra le due temperature anche nelle non gravide. Cohnstein replicò sopra nuove esperienze che negli uteri vacui la temperatura si allivellava a quella della vagina e fece riflettere che Schlesinger aveva praticate le sue esplorazioni termometriche sopra donne della Clinica Ginecologica, ciò che spiegava, secondo il suo modo di vedere, gli strani risultati del medesimo. Per noi lo Schroeder ed il Winkel rimangono vincitori.

Winckel poi su 40 osservazioni di parti regolari notò che la temperatura del corpo diviene un poco maggiore ma non più in media di 0, 18-0, 25; nel periodo di espulsione è più alta $0^m,071$ che nel periodo di dilatazione. A Gluber (nel 1866 alla Maternità di Berna) risultava che la temperatura della sera, nelle gravide, stava al di sotto di quella del mattino costantemente. Frankenhaeuser nel 1878 sopra un migliaio di casi della Maternità di Zurigo, esplorando la temperatura vaginale ed ascellare ad un tempo, ora mentre le donne giacevano in letto, ora nel mentre che le medesime erano alzate, ottenne per quest'ultime solamente e per la temperatura vaginale, *non per l'ascellare*, un minor grado. E questo spiegò col ritenere che il sangue, circolando adagio per il bacino e per le vene varicose quando la donna sta in posizione eretta, perde calore e nella giacitura in letto lo riacquista. E così ci pare sia ben definita e sciolta ogni questione in proposito.

Non abbiamo esperienze proprie per le quali ci sia dato di aggiungere su ciò ancora poche e brevi note, sempre pregevoli quando sono accurate ed eloquenti abbastanza per servire bene o ad una conferma o ad una opposizione agli altrui enunciati. O per dir meglio potremmo anche gettar giù qualche appunto di numeri e di note già prese l'anno passato, ma non essendo troppo sicuri della esattezza delle medesime, perchè messe insieme da giovani alunne forse non ancora abbastanza destre nell' uso del termometro, preferiamo tralasciarle.

La temperatura nella puerpera offre dati importanti, disse a ragione Playfair. Per questi subito dopo il parto si ha una leggiera elevazione, cui presto succede abbassamento della linea termica.

Nell'osservare su *puerpere sane* la temperatura ascellare Quinquaud accumulò sì buoni dati da credersi autorizzato ad assegnare al puerperio fisiologico un tracciato grafico speciale consistente in una linea debolmente ascendente, seguita da altra orizzontale con oscillazioni diurne non significanti.

Chiarleoni in un suo pregevole lavoro sopra osservazioni fatte

nella Maternità di Milano diretta dall'illustre Prof. cav. D. Chiara venne alle seguenti conclusioni:

1.° Nei parti fisiologici la temperatura ascellare immediatamente dopo l'espulsione del feto non è che per eccezione superiore alla fisiologica e se è elevata ritorna al normale dopo 12 o 15 ore.

2.° La temperatura delle prime 12 ore di puerperio si avvicina moltissimo al limite superiore del valore normale, nelle 12 ultime del 1° giorno non si abbassa sempre come alcuni vogliono, ma spesso va fino ai 38° c.°, s'intende in puerperii fisiologici.

3.° La temperatura del mattino del 2° giorno per solito rappresenta il proprio limite minimo.

4.° Dal 3° al 5° giorno in generale la temperatura del corpo che sarà sempre normale tende di preferenza verso il limite superiore. Stabilita la secrezione lattea la temperatura rimane quale era prima del parto.

Per Schröeder poi il tremito generale che assale la puerpera subito dopo il parto preannunzia un elevamento termico il quale ha luogo nelle prime 12 ore e può toccare (è sempre sottinteso all'ascella) i 38-38,3-38,5 e 39 del C.° Il termometro segna il maximum nelle prime 4-6 ore dopo il parto, il minimum tra le 20-22 ore da esso.

Nelle pluripare l'innalzamento termometrico medio fu di 0,5; nelle primipare più di 0,8. L'abbassamento invece fu in queste ultime di 1°, 5 c.° e nelle altre di 1° c.°

Naëgele ritiene che la temperatura più alta in un puerperio fisiologico sia di 38,2 c.° e se va più oltre s'entra allora nel dominio della patologia. Per esso sale nelle prime 12 ore, discende di nuovo nelle 12 seguenti. Vedansi in proposito gli studii di Grünewald, Winckel, Volf, Baumfelden, Schraam. Secondo Hecker immediatamente dopo il parto il termometro all'ascella ci può dare da 37, 3-39 gradi, l'accrescimento del calore mutando con l'intensità e la frequenza dei dolori uterini. Di questo dotto ed esatto osservatore riferiamo alcune pregevoli opinioni che a noi apparvero giustissime.

Sul cominciare della puerperalità frequentemente avviene un abbassarsi della temperatura tanto più rilevante quanto più alto fu il grado termometrico subito dopo il parto.

Dopo 24 ore di puerperio normale la temperatura ascellare si innalza a volte fino a 3-3 ½ sopra il normale. La temperatura

massima è seguita da una effervescenza che rassomiglia quella delle malattie terminanti per lisi.

A partire del 9° giorno il termometro talora scende sotto il normale (stadio d'inanizione) e vi si mantiene finchè un più copioso nutrimento non aumenta la calorificazione. Pensano ugualmente Schröeder, Winckel, Grunewaldt e Volf.

La più elevata temperatura, astrazione fatta da quella immediatamente dopo il parto, ci dice il Naëgele, si ebbe due volte il 2° giorno, quattro il 3°, nove il 4°, due il 5° e due il 7°.

Tutto ciò riguarda solamente la temperatura ascellare nella quale noi pure ottenemmo i risultati che già ebbe l'Hecker, dalla parte del quale ci schieriamo convinti, poichè le nostre tavole parlano in favore di esso. Le medie che in queste si leggono non sempre apparentemente di un grado termometrico ordinario, comune, non le eliminammo perchè trattandosi di puerpere trovano (come qualche grado elevato isolatamente raccolto) la propria giustificazione nell'opinione oggi divisa da molti e da noi or ora citata, quella cioè del ritenersi non patologico un puerperio nel quale il termometro segni 38,2 di calore all'ascella: sappiamo poi come altri si spinsero anche un po' più in là con le concessioni; noi però non li seguiamo giacchè si darebbe certamente luogo a confusioni e dubbiezze diagnostiche, volendo accordare il nome di fisiologica ad una temperatura maggiore a quella indicata. In conclusione però dobbiamo sempre ritenere con Schröeder che la temperatura del corpo nelle *puerpere* è superiore a qualunque altro stato fisiologico.

Passiamo ora allo studio comparativo delle altre temperature. Seguiremo l'ordine tenuto già dal Peter il quale nelle sue conclusioni riunì quello che dalle osservazioni nei due diversi stati di gravidanza e di puerperio gli venne fatto di apprendere.

Fu sul principiare dell'anno scolastico passato, poco dopo la pubblicazione della seconda parte dell'opera del Peter — *Leçons de Clinique Medicale* — che io mi diedi a studiare le temperature locali intercostale, vaginale e l'ascellare nelle gravide e nelle puerpere sane con il duplice scopo di conoscere tutta la importanza delle deduzioni che per consimili esami emise il Professore dell'Ospedale della Pietà in Parigi ed in complemento ad un altro mio non breve lavoro.

Riprendo oggi gli appunti e le note relative alle tre tempera-

ture da me allora studiate e pubblico quanto mi riuscì di raccogliere, non tanto perchè credo ora opportuno lo staccare questa dalle altre parti del mio lavoro, anticipandone la comunicazione in un momento che si comincia a ponderare seriamente sulle idee del Peter, quanto anche perchè è proprio questione o di introdurre nella clinica ostetrica come necessarie indagini termometriche nuove o di risparmiare ad altri in proposito un'applicazione che non sia foriera di utili ammaestramenti.

Dovendo questo nostro scritto (come già dicemmo) più che altro occuparsi del valore da ammettere alle idee del Peter fa d'uopo non trascurare verun particolare della lezione clinica che il dotto Professore di Francia ha dettato sull' argomento e noi brevemente ne riassumeremo il concetto che la informa, non che poi lo sviluppo che gli è stato dato, infine le conclusioni che da esso derivarono.

L' illustre clinico dell'Hôpital de la Pitié ebbe ad osservare tre casi di emottisi che ei disse emottisi *post partum* o *post puerperale* per essersi verificate più o meno vicine all' espulsione del feto in donne non affette da malattie cardiache, nè da tubercolosi polmonare o che neppure erano state sotto l' influsso di cause reumatiche e di altre cause materiali conosciute. Gli occorsero poi altri casi nei quali la congestione fu veramente motivata da causa esterna e si spinse fino al grado di flegmasia o bronco polmonare o pleuritica, ma senza però avere di essa le note caratteristiche, cosicchè si sarebbe piuttosto detta una flogosi bastarda, spuria. Ad interpretarne la patogenia che non poteva invocarsi simile a quella che nelle malattie polmonari croniche, nelle affezioni cardiache, nelle flogosi da causa reumatica suol essere di lume alla intelligenza dei sintomi egli andò a pensare se le mutate condizioni vascolari del polmone nella gravida, in specie nel 9° mese, non potessero bastare a dare ragione delle strane forme di emottisi e della facilità con la quale si potevano estrinsecare altre conseguenze patologiche.

Lo stato della circolazione sanguigna aumentata nei polmoni Peter chiamò una *vera pletora polmonare gravidica.* A persuadere dell'esistenza di questa servono per esso un caso clinico di congestione polmonare doppia rapidamente asfittica in gravida al 6° mese, che egli narra ed illustra nei suoi più essenziali fenomeni, la efficacia della cura antiflogistica, il responso delle osservazioni termometriche polmonari che diedero temperature ele-

vate; la leggera differenza 1-$^{2}/_{10}$ che passava fra la temperatura ascellare e la intercostale misurata nella gravida suddetta, mentre quella temperatura supera quest' ultima fuori di gravidanza di 3, 5, 6 decimi sempre, infine i risultati termometrici locali eseguiti sopra 7 puerpere. In queste donne il termometro al 6° o 5° spazio intercostale segnò un grado sempre superiore di qualche decimo a quello rilevato nel cavo ascellare ad eccezione però d'una volta in cui il grado termometrico fu più basso al petto che non all'ascella; nonostante rimase sempre più elevato di quello che l'esplorazione della medesima località suol dare se l'utero è vuoto; uguali responsi ottenne nella gravida a termine.

Per il Peter medesimo nel 6° spazio intercostale il termometro è più vicino al tessuto polmonare e sta in contatto dell'organo in superficie maggiormente estesa, mentre all'ascella sarebbe più distante e si troverebbe in rapporto soltanto con limitatissima parte, con l'apice polmonare, doppia condizione (ei soggiunge) di vicinanza e di massa, perchè la temperatura sia più alta al 6° spazio intercostale nella donna che ha partorito.

La temperatura locale di uno spazio intercostale inferiore è per il Peter più alta al momento del parto o nei giorni che immediatamente lo seguono e si abbassa a poco a poco a misura che ci si allontana da esso, sempre però rimanendo superiore al grado che ha nella donna fuori di gravidanza.

Sopra questi dati esperimentali il clinico di Parigi conclude:

« Ainsi le poumon est plus chaud chez la femme grosse surtout au terme de sa grossesse, il est plus chaud chez la femme recemment accouchée, comme chez celle qui nourrit, et cela en dehors de tout état morbide de poumon. Il ne peut être ainsi, physiquement plus chaud que parce qu'il contient plus de sang et c'est ce *plus de sang* qu'il contient physiologiquement, qui predispose l'organe aux congestions simple, hemorragique ou phlegmasique chez la femme qui vient d' accoucher ou qui nourrit. » E questa maggiore quantità di sangue è causa ancora d' un più rapido sviluppo della tubercolosi in puerpere che già ne erano affette.

Sul concetto principale che guidò lo studio del clinico francese e sulle conclusioni a cui pervenne, fermai meravigliato la più profonda attenzione, e con eguali esami in condizioni perfettamente eguali praticate, con osservazioni che si partivano dallo stesso punto di vista, mirai a ricercare se avessi potuto trovarmi all'unisono con i suoi risultati.

Nell'epoca (gennaio e febbraio 1880) nella quale mi diedi alle investigazioni cliniche suddette, non contavansi nella Maternità che poche gravide e molte di quelle che furono allora ricevute, vennero in sopraparto non sempre in ore di giorno, anzi il più spesso nella notte. Ecco perchè la tavola che riguarda le note termometriche delle gravide a termine è di sole 9 donne. Non ho potuto neppure aggiungerne altre essendo qui, come altrove, la Clinica Ostetrica chiusa dal luglio ai primi di novembre. Le puerpere al contrario nel febbraio ricordato erano assai numerose, ed io avrei avuto facile opportunità di radunare una buona quantità di osservazioni su molte di esse, ma lo scopo principale del lavoro cui allora attendevo e dentro il quale era questo come incorporato, imponevami una restrizione nella scelta e nel numero: non ne utilizzai che dodici. Era anche necessario limitarsi a prendere quei casi con puerperio indubbiamente regolare, ripetere l' esplorazioni termometriche mattina e sera per ogni donna, alla medesima ora ed in ogni giorno di puerperio; e ciò portava via molto tempo e costringeva a non allargarsi tanto nell'accettazione dei soggetti da osservare. Sulle 12 puerpere scelte riunii però 67 esplorazioni termometriche di non debole valore, dal momento che rappresentano la media di 134 ossia di due esami giornalieri nelle medesime persone, nove delle quali sono le stesse cui erano già state misurate le temperature locali durante l'ultimo mese di gravidanza.

Adoprai tre termometri Celsius nello stesso tempo e per l'eguale durata di 15 minuti, applicati l' uno al cavo ascellare, l' altro in vagina, il terzo al 6° spazio intercostale di sinistra, dopo essermi assicurato che gli strumenti non offrivano variazione alcuna nel grado di sensibilità calorifica, nè avevano la più piccola differenza fra loro. Impedii la dispersione del calore col sopramettere ad uno di essi in prossimità del bulbo e sul bulbo stesso una porzione della mammella corrispondente allo spazio intercostale in esame, ovatta, compresse di tela, e non trascurando, per gli altri, quelle cautele che rendonsi indispensabili a volere che il termometro dica propriamente il vero. E che ne appresi?

Nelle 9 gravide a termine delle quali ho riportato le medie mi risultarono i seguenti fatti: Due volte la temperatura intercostale eguagliò l'ascellare, due volte ne fu superiore e cinque si mantenne inferiore a questa di 1 grado fino a 1 grado e 7 decimi: ciò che portò per la temperatura intercostale una media complessiva di 0,33 come si vede nella seguente Tav. I.

TAVOLA PRIMA *(Gravide).*

	TEMPERATURE		
	Ascellare	Intercostale	Vaginale
Grado H^1	36, 5	36, 5	36, 5
» H^3	36, 8	37, 5	36, 9
» G^3	36, 0	36, 0	37, 2
» G^1	37, 0	36, 5	37, 5
» H^2	37, 0	36, 4	37, 8
» H^4	36, 9	36, 4	38, 5
» G^2	36, 7	35, 0	?
» K^3	37, 2	36, 0	37, 3
» C^1	36, 5	36, 7	37, 7
Somma . . .	330, 60	327, 00	299, 40
Media . . .	36, 66	36, 33	37, 42

Non posso adunque assolutamente dire col Peter che la temperatura presa alla parete intercostale del 5° o 6° spazio è più alta che non all'ascella nella donna a termine di gravidanza, che anzi mi credo autorizzato a tenere la convinzione che si compendia in queste parole: *la temperatura intercostale nella gravida come nella non gravida è ordinariamente più bassa della temperatura ascellare, e soltanto per eccezione si trova invece più elevata.* Dunque quello che è regola per il Peter è eccezione per me ed inversamente quello che egli ritenne eccezionale devo io avere per comune o normale. Le osservazioni alla Clinica non si prestano per spiegare questa contraddizione, perchè le donne che vi stanno sono in condizioni speciali e noi non sappiamo nè il loro stato fisiologico antecedente nè quello fisiologico successivo. Occorrerebbe ricercare se esistono variazioni eccezionali anche nella temperatura intercostale allo stato fisiologico, ma fuori di gravidanza, lavoro questo che ignoriamo se alcuno abbia mai fatto.

Sono lieto di trovarmi perfettamente d'accordo coll'esimio Professore A. Cuzzi, Direttore dell'Istituto Ostetrico di Modena, e coll'egregio Dott. Nicola suo assistente i quali di recente comunicarono 17 osservazioni di termometria locale nelle *gravide* e mi lusingo che i medesimi, nella pubblicazione che hanno promesso, potranno confermare ancor più alto valore alle note che in Italia per primo mi trovo a presentare sulle temperature locali nelle *puerpere.*

Per terminare questa parte che riguarda solamente le gravide devo aggiungere che il ricordato Prof. Cuzzi molto opportunamente ricercò ancora una temperatura che niuno fino ad oggi pensò d'utilizzare in ostetricia, la t. ombellicale, e dalle sue indagini si rileva che è la sola inferiore alla intercostale.

Volendo ora mettere insieme le due tavole, quella del Prof. Cuzzi e la mia per trarre poi una deduzione anche più eloquente in favore dell'enunciato affatto opposto a quello del Peter, eccone le ultime sommarie medie:

Dalla tavola dei Prof. Cuzzi e Nicola si hanno le medie seguenti:

1.	Temperatura	ascellare	37, 13
2.	»	intercostale	36, 23
3.	»	vaginale	37, 49

Dalle mie tavole resultano queste:

1.ª	.	.	36, 66
2.ª	.	.	36, 33
3.ª	.	.	37, 42

Questi numeri ricavati da osservazioni che io feci mettendo in sito contemporaneamente i tre termometri e da osservazioni successive l'una all'altra per le tre temperature come piacque di fare al Prof. Cuzzi e Nicola poco differiscono fra di loro. Il significato loro validissimo, che è incontrastabile anche se presi separatamente, tanto più deve essere riconosciuto quando si considerino uniti, giacchè più efficacemente vengono a perorare la medesima causa.

Ora quale verdetto ne porsero l'esplorazioni termometriche locali nelle puerpere? Risponde a tono la mia Tavola II che qui espongo:

TAVOLA II *(Puerpere)* (1).

Giorno di puerperio	N. delle osservaz. per ciascun giorno di puerperio	Temperature		
		Ascellare (media)	Intercostale (media)	Vaginale (media)
Primo	7	37,07	36,77	38,00
Secondo . . .	6	37,78	37,21	38,31
Terzo	4	37,32	37,33	37,87
Quarto	5	37,00	37,28	38,00
Quinto	8	37,02	36,63	37,76
Sesto	8	37,13	36,85	37,85
Settimo	10	36,81	36,74	37,44
Ottavo	9	37,16	36,83	37,81
Nono	6	37,15	36,85	37,85
Decimo	4	37,10	37,17	37,57
Totale . . .	67			
Media complessiva		37,13	36,91	37,81

(1) I nomi di queste puerpere sono quelli stessi delle gravide, più tre che esaminammo solamente in istato di puerperio. Li indichiamo tutti, meno due, che diamo tronchi perchè di occulte:

1. Poli A. partorì il 19 dicembre 1879.
2. Pieracccioni » 29 febbraio 1880.
3. Cin. » 13 » »
4. Schinini L. » 28 » »
5. Dani » 21 » »
6. Frigiotti » 12 » »
7. Sti. » 10 » »
8. Massai » 11 » »
9. Tognoli » 20 » »
10. Raffaelli » 23 » »
11. Prolungati » 22 » »
12. Galli » 10 marzo »

Anche nelle donne sgravate da poco, in quelle che allattano, il Peter sostiene che prevale all'ascellare il calore del 6° spazio intercostale, il quale è maggiormente elevato più che ci si avvicina al parto e si abbassa al 4°, 5°, 6° giorno fino che si allivella a quello del cavo ascellare, pur mantenendosi sopra al grado normale, considerato fuori della gestazione.

Le osservazioni termometriche da me fatte in puerpere sane, furono, come già avvertii, 67. Dal primo giorno dopo l'espulsione del feto fino al decimo, tre termometri funzionavano insieme, alla medesima ora per la stessa durata di tempo, al petto, all'ascella, nella vagina d'una puerpera, poi d'un'altra e d'un'altra ancora fino a che mi ebbi procurato un discreto numero di esami per ognuno dei giorni di puerperalità. Bene sarebbe stato l'estendere le osservazioni al numero maggiore possibile, tenendolo uguale per ciascuna puerpera; ma non me lo permisero di fare ora le varie e impreviste concomitanze morbose ed ora ragioni puramente dipendenti dal volere delle puerpere stesse, che fu giuocoforza rispettare, anzi eliminai di più dalle prese note diverse che se avrebbero servito a raggranellare una buona ed eguale somma per i vari giorni puerperali, non così poi sarebbero state pregevoli a chi le avesse desiderate scevre da inesattezze e da dubbi non innocui alla verità del complessivo valore delle medie.

Per la temperatura ascellare la media sommaria ci portò il grado di 37,13, della intercostale invece, di 36,91, della vaginale 37,81; ossia la temperatura del 6° spazio intercostale per rispetto all'ascellare risultò minore di 0,22 e confrontata colla vaginale di 0,90, mentre fra l'ascellare e quest'ultima corse una differenza di 0,68, che segnò in più il termometro collocato in vagina.

Concludendo, anche nelle puerpere siano del primo giorno come di altri più distanti dal parto (diversamente da quanto affermò il Peter) io non trovai quel più da lui apposto al calore del 6° spazio intercostale, ma il termometro all'ascella in media ne marcò un grado ad esso molto superiore.

Ora devo avvertire che nelle varie medie della temperatura intercostale si nota un fatto, il quale potrebbe a prima vista imporre per un argomento fortissimo a pro' degli enunciati del Peter. Tutte quelle medie siano appartenenti alla prima come alla seconda tavola toccano un grado sempre superiore a quello che

Peter stesso pose come proprio e comune alla temperatura intercostale fuori di gravidanza, quindi parebbe si venisse così ad avvalorare quanto questo autore ha scritto sulla prevalenza del calore che accusa il termometro nella parete intercostale di donna gravida confrontata con altra fuori di gravidanza. Ma, a vero dire, per ammettere ciò non crediamo che basti un risultato simile poichè dovrebbe essere tolta l'incognita della temperatura intercostale ordinaria (a utero vacuo) pel medesimo soggetto esplorato durante la gestazione e soltanto nell'ultimo mese; in una parola come constatare che la gravida indica al 6° spazio intercostale un grado termometrico superiore a quello ordinario, se questo grado in lei non fu ricercato anche prima che rimanesse incinta e niuno ci disse quale era?

Lasciamo ogni discussione non per altro che la crediamo affatto superflua.

I colleghi che ripeteranno anche una volta queste indagini si persuaderanno facilmente della verità di ciò che abbiamo annunciato con fermezza e sicurtà convinti dall'efficace sostegno di tanti pratici argomenti.

Pisa, Novembre 1880.

IL TERMO-CAUTERIO

NELLA CURA DELLE TELEANGIECTASIE

OSSERVAZIONI PRATICHE

del Dott. PINOLINI FRANCESCO

di Casale Monferrato.

La cura dei tumori sanguigni fu sempre oggetto di studii profondi ai chirurghi, sia pei danni che ne venivano arrecati, sia per le gravi emorragie prodotte dall'operazione, sia per la deformità, che ne risultava dal processo di cicatrizzazione.

Se volessi passare in rassegna tutti i mezzi curativi, che man mano si andarono ideando, molti dei quali, dopo breve favore, caddero in meritato obblio, oltrepasserei i limiti dal mio lavoro prefissimi.

Ogni chirurgo tiene in predilezione ora questo ora quel metodo secondo i risultati, che ne ebbe dalla sua pratica. In tesi generale ogni atto operativo può trovare la sua speciale ed opportuna indicazione in dati casi: e la moltiplicità di questi mezzi è in ragione diretta colla moltiplicità delle forme svariatissime, sotto cui si presentano le teleangiectasie, dando perciò luogo a svariatissime applicazioni.

La scoperta della galvano-caustica termica diede al chirurgo un potente ausiliare, onde diminuire, per non dire togliere il dubbio, che poteva insorgere nell' animo dell'operatore circa l'esito della cura.

L'efficacia di questo metodo curativo, variamente apprezzata dai primi sperimentatori, venne sempre meglio affermandosi col successivo moltiplicarsi delle applicazioni: tuttavia dobbiamo aggiungere, che tale efficacia non è ancora da tutti riconosciuta, e

questo metodo non è per anco generalizzato, come pur si vorrebbe.

Mi si voglia perciò concedere le seguenti conclusioni, che si possono ricavare da una pubblicazione fatta dal dottore Flavio Valerani di diversi casi clinici (1), alcuno di quali potei presenziare, sopra questo metodo curativo, di cui si arrichiva la chirurgia di questo secolo.

I vantaggi che la galvano caustica ha sopra gli altri mezzi operativi nella cura delle teleangiectasie possono ridursi ai seguenti:

I. La rapidità dell'operazione per la quale non si ha bisogno di ricorrere alla narcosi cloroformica.

II. La nessuna emorragia, perchè col filo di platino incandescente si cauterizzano abbastanza profondamente i vasi, che danno nutrimento al tumore.

III. La sicurezza, che colla cauterizzazione fatta a dovere, si ottiene contro le successive riproduzioni.

IV. L'innocuità dell'operazione, non essendo mai occorso di vedere insorgere reazione grave, nè locale, nè generale.

V. La pochissima o nessuna deformità, che ne risulta dal processo di cicatrizzazione.

Abbastanza diffusa è questa malattia nei bambini, e spesso il medico condotto suo malgrado deve indirizzare le madri, che hanno bambini affetti da tale deformità ai chirurghi degli ospedali, essendo esso privo di un mezzo operatorio, che surroghi la galvano-caustica, la quale per l'alto suo prezzo, per la lunghezza e difficoltà della preparazione non potrà mai e poi mai venire nelle mani di tutti i cultori delle discipline chirurgiche. Onde sebbene sia cosa difficile il trovare un qualche istrumento, il quale per la maestà dell'apparecchio e per gli svariatissimi usi, a cui può servire, detronizzi la galvano-caustica pure sin dal primo suo apparire fu oggetto degli studiosi di tale materia di cercare un succedaneo più modesto, accessibile anche alla borsa di qualunque medico di campagna, il quale in qualche modo potesse sopperire ai bisogni, per cui venne meritatamente popolare tra i chirurghi dei grandi ospedali l'uso della macchina del Middeldorpf. A mio credere l'istrumento, il quale merita particolare considerazione è il termo-cauterio del Paquelin.

---

(1) *Sulla cura delle angiectasie colla galvano-caustica termica.* — Osservazioni pratiche del dottor Flavio Valerani, Milano, Tip. Fratelli Rechiedei, 1878.

Lo scopo di rendere più cognita e più diffusa una delle più utili applicazioni di questo istrumento mi invogliò a pubblicare alcuni casi clinici operati nella sezione chirurgica dell' ospedale di Casale Monferrato del Chiar.° Dott. Valerani e da me.

Onde schivare inutili ripetizioni e più chiarezza nel mio dire mi si permetta di dividere le teleangiectasie, avuto riguardo al modo di operare, in due grandi classi:

A) Quelle sotto forma di tumori più o meno voluminosi e più o meno sporgenti (angiomi).

B) Quelle a superficie piana, per lo più a larga base, qualunque ne sia la sede nella cute, o sulle membrane mucose, o nel tessuto connettivo sottocutaneo, o sottomucoso (nei vascolari).

Negli angiomi la galvano-caustica vince di gran lunga il termocauterio, perchè riesce molto più facile, più rapida e meno dolorosa l'esportazione del tumore, potendosi circoscrivere coll' ansa a freddo la superficie da esportare. In questo caso sebbene il termo-cauterio non abbia tutti i suddetti vantaggi, ha in confronto degli altri metodi l' utilità di rendere incruenta l' operazione.

Si trafigge con due o più spilli, secondo il volume e la forma la base del tumore, al disotto degli aghi si fa passare un filo, il quale si stringe fortemente, come si fa nella legatura ordinaria, onde rendere meno grande il peduncolo fatto, indi col termocauterio, reso incandescente dalla lampada a spirito, e mantenuto tale coll' insufflazione di aria impregnata di vapori idrocarburei, si disseca lentamente e man mano il tumore, come se si operasse con un bistori ordinario, sino a che sia del tutto esportato. Rimane allora un'escara molto più spessa di quella fatta dall' ansa galvanica, essendo il metallo incandescente molto più voluminoso, che l'esile filo di platino, e quindi maggiore di gran lunga il calorico raggiante. Parmi però, che questo sia un vantaggio, rimanendo così obliterati più profondamente i vasi, i quali davano nutrimento al tumore. Più spessa l'escara, si è più sicuri contro le riproduzioni successive, ed il bambino per lo stesso motivo corre meno pericolo di vita, se per caso, lasciato un istante inosservato, per il prurito od il dolore destatogli dal tessuto mortificato colle unghie tentasse staccarne la crosta.

Nelle macchie vascolari il sistema operativo è affatto simile a quello della galvano-caustica. Perciò riscaldata la punta si tra-

passa ripetutamente il neo vascolare, rimanendo questo, a operazione compiuta, a foggia di nido di vespa. Si deve però avere l'avvertenza di riscaldare a lungo la punta colla comune lampada a spirito, perchè essa non può rendersi incandescente, che per mezzo della conduttività calorifica del platino.

Talora, è bensì vero, l'operazione non riesce affatto incruenta per causa o del troppo riscaldamento del platino, o del non aver ancor esso toccato la temperatura atta (calorico rosso-bianco). Nel primo caso avendo solo cura di tenere alquanto l'istrumento a contatto colla superficie da operare, nel secondo caso insufflando più prestamente i vapori idrocarburei, onde innalzare la temperatura, e togliendo lentamente l'istromento, affinchè insieme con esso non si distacchi l'escara, si evita questo inconveniente dell'emorragia.

L'operazione può pure venire disturbata dal fumo, che si sviluppa dalla fusione e dalla combustione del grasso circostante; ma questo è un inconveniente di facile rimedio, allungando solo il tempo dell'operare.

Un ultimo avvertimento da osservare si è, che ove il medico si trovasse solo senza nessun aiuto intelligente o pratico, può affidare la boccetta contenente benzina, neolina, ... ad un individuo qualunque, od attaccarla ad una bottoniera dell'abito; in siffatto modo con una mano egli può operare e coll'altra insufflare l'aria atta al riscaldamento. In tale maniera può moderare od accrescere egli stesso, secondo ne sarà il caso, la temperatura.

A convalidare coi fatti pratici l'efficacia dell'applicazione del termo-cauterio nella cura delle teleangiectasie mi si permetta di sottoporre agli occhi dei lettori i seguenti esempi di tumori erettili trattati con questo istrumento; avvertendo però, che fra i molti casi che potrei citare, mi limito, onde schivare inutili ripetizioni, ad alcuni nei quali potei constatare l'esito finale qualche tempo dopo l'operazione.

Bonacossa, di mesi 6, di Garlasco Lomellina, mi venne inviato nel mese di ottobre del 1879, affinchè lo operassi di un vasto angioma, che, al dire dei genitori, alla nascita era solamente una piccola macchia rossigna, la quale era man mano cresciuta sino ad interessare la palpebra inferiore, la metà del naso e quasi tutta la guancia (parte sinistra), sporgente in certi punti 2 centimetri dal livello della cute. Vista l'ampiezza ed il volume del tumore decisi, anche dietro consiglio del Dott. Valerani, di operarlo in

due volte, onde schivare il pericolo prodotto da vasta piaga suppurante. Non mi decisi per l'esportazione, malgrado fosse facile fare un peduncolo artificiale, causa la deformità inerente al tessuto di cicatrizzazione. Nella prima volta colla punta del termocauterio riscaldato fino all'incandescenza, trafissi più della metà del tumore, quella parte cioè situata nella regione superiore ed interna. Vidi l'ammalato alla sera (poche ore dopo), che se ne dormiva tranquillamente dopo aver poppato secondo il solito. Alla mattina seguente, non essendo insorta febbre, permisi ai genitori, che se ne tornassero col bimbo a Garlasco. Dopo un mese circa mi venne ancora riportato, onde ultimare l'operazione. Vidi una cicatrice bianco rossigna, ove prima eravi la più gran parte del tumore erettile. Rinnovai la cauterizzazione nel modo suesposto; posi una pezzuola imbevuta di acqua ghiacciata sull'escara, raccomandando ai genitori di cambiarla di sovente. Nulla di notevole presentava il bambino alla sera istessa ed al giorno dopo, perciò ne permisi il ritorno al paese, prescrivendo una pomata di vaselina con acido fenico, quando, caduta l'escara, fosse rimasta una piaga suppurante, onde schivare l'infezione erisipelatosa; il che aveva già fatto la prima volta. Dopo un mese mi giunse la notizia, che il bambino era perfettamente guarito, senza presentare nulla, che indicasse avere sofferto dall'operazione.

Il giorno 5 marzo 1880 veniva portato all'ospedale di Casale Pistono Vincenzo di Lu (Alessandria) di mesi 10, onde essere operato di un angioma situato nel mezzo della fronte ed esteso sino alla radice del naso. Questo tumore aveva l'ampiezza di una moneta da cinque centesimi, di forma irregolarmente circolare, sporgente da un centimetro ad un centimetro e mezzo dal livello della cute. Si trafisse la base dell'angioma con due spilli in croce, si fece passare al disotto di essi un filo, stringendone fortemente i capi, i quali si tennero abbastanza lunghi, affinchè si potesse con questi tener alquanto sollevato il tumore, quando ne fosse il caso. Col termo-cauterio si cominciò l'esportazione del tumore, la quale procedette bene sino circa a metà, quando si ebbe lieve emorragia, prodotta dal troppo riscaldamento del platino, la quale, ristando alquanto dall'insufflazione dei vapori idrocarburei, si frenò prontamente. Esportato tutto l'angioma, e verificato se per caso ve ne fosse rimasta ancora traccia, si vide un'escara di forma irregolare, con un'areola di colore giallo-nero pel grasso fuso. Si pose una pezzuola imbevuta d'acqua ghiacciata, raccomandando

sempre di cambiarla ogni volta fosse divenuta calda pel contatto della fronte, e lo si rinviò a casa, ove venne affidato alle intelligenti cure del dott. Prades, distinto sanitario di Lu. Al giorno 12 l'escara era caduta; si prescrisse la solita medicazione fenica, e dopo quindici giorni al luogo del tumore non vi rimaneva che una cicatrice rosso-pallida dell'ampiezza di un po' più d'una moneta di due centesimi. I genitori narrarono, che lo stato generale del bambino non aveva sofferto dall'operazione.

Maraglio Delfina, di Giuseppe, di Mombello, di quattro mesi di età, portata al 21 marzo per vasto angioma alla fronte sinistra, posto un dito trasverso sopra il sopracciglio, lungo cent. 3 largo cent. 2, alto cent. 1,5 dal livello cutaneo. Come nel caso precedente si fece il peduncolo, e si potè esportare tutto il tumore senza la più piccola emorragia. Si pose una pezzuola imbevuta d'acqua ghiacciata e la si rimandò a casa. Dopo un mese si seppe che la bimba era perfettamente guarita.

Luigia Gavosio, di 4 mesi, figlia di contadini abitanti in uno dei sobborghi della città, veniva portata il 14 del mese di novembre all'ospedale di questa città. Sino dalla nascita si vedeva una macchia rossigna, grossa come la capocchia di uno spillo, alla regione frontale sinistra, la quale andò man mano allargandosi per modo da raggiungere l'ampiezza di una moneta da due centesimi, emergente alquanto dal livello della cute. Vennero praticate da otto a dieci punture col termo-cauterio, si ebbe dopo la quarta una leggera emorragia prodotta dal rapido distaccarsi dell'istrumento; ma con una nuova puntura la si potè frenare. Si rinviò l'ammalata a casa, coi soliti consigli ai genitori. Dopo otto giorni l'escara era caduta, e dopo quindici era perfettamente guarita.

Maria B., di mesi sei, figlia di abitanti di uno dei sobborghi della città, veniva portata all'ospedale nel mese di ottobre per adenite cervicale. Presentava alla regione frontale destra un'angiectasia dell'ampiezza di una moneta di cinque centesimi, di forma irregolare poco emergente dal livello cutaneo. Prescritta la cura dell'adenite, fu rinviata a casa, consigliando ai genitori di riportarla quando fosse guarita dall'adenite. Il giorno 17 del mese di novembre venne presentata all'ospedale a fine di procedere all'operazione del tumore erettile, il che si fece, prontamente col solito mezzo della punteggiatura. Fu riportata nel giorno 3 di dicembre, e, al posto dell'escara, si vedeva una piaga con

granulazioni esuberanti, per la qual cosa venne toccata leggermente col nitrato d'argento. Questa piaga era circondata da un tessuto di cicatrizzazione, che faceva sperare una pronta e completa guarigione.

Lo scopo, che il chirurgo deve avere nell' accingersi alla cura delle teleangiectasie è duplice: modificare o distruggere per intero il tessuto vascolare morbosamente sviluppato, cercare di ledere il meno possibile la forma estetica della parte, in ispecie se il tumore ha sede alla faccia, come per lo più accade. È dovere del chirurgo l'adottare il metodo curativo, che riesce meno pericoloso, e meglio tende a risparmiare le forze dell' infermo, per lo più debole per l'età.

La medicazione successiva, come si è potuto vedere è delle più semplici. Fin che havvi l'escara si mettano sulla parte pezzuole imbevute di acqua fredda, allorquando l' escara comincia a distaccarsi allora si usa la medicazione con acido fenico. La suppurazione non è mai in tale abbondanza da recar danno all' operato. Quando essa si manifesta, le vegetazioni rosee, che già si notano sulla superficie operata ci rendono abbastanza sicuri contro il pericolo, che vengano assorbiti quei principii pirogeni atti ad accendere quelle febbri infettive, che in deboli corpicciuoli potrebbero riuscire prontamente letali, il che non si può certamente dire cogli altri metodi di cura.

Adunque in tesi generale la galvano-caustica prima, poi il termo-cauterio danno splendidi risultati nella massima parte dei casi di teleangiectasie.

RASSEGNA

Bompiani dott. Arturo. — La estirpazione dell'utero per la via della vagina; una pagina di ginecologia operativa. — (Estratto dalla *Gazzetta Medica di Roma*, Anno VI, N. 22).

La estirpazione dell'utero canceroso per la via dell'addome risuscitata dal Freund nel 1878, fu accolta in Germania molto favorevolmente e praticata su larga scala: ma il successo non coronò l'aspettativa poichè numerose furono le morti immediate, non rare le recidive; lo Czerny di Heidelberg, in vista di ciò, si domandò se non era il caso, date le condizioni favorevoli, di esportare il viscere malato per la via della vagina, avendo così non indifferenti vantaggi, quali: *la minor durata dell'atto operativo* (da 2-2 $^1/_2$ ore ad 1-1 $^1/_2$); *non aprire il ventre della donna, diminuire la emorragia, evitare la infezione di altre parti nel compiere la operazione;* ultima ragione che spinse lo Czerny a ritornare all'antico si fu *il fatto di potere benissimo dalla vagina riconoscere il male ed i suoi limiti.*

Fatta un po' di storia sulla esportazione dell'utero canceroso per la via della vagina, l'A. soggiunge che avendo avuto la fortuna di vederla eseguire dal Billroth, dal Martin e dal Pawlick credeva conveniente darne una minuta descrizione.

Prima di tutto è necessario assicurarsi che non sia avvenuta riproduzione nè nei tessuti circostanti, nè in parte meno vicine per la via dei linfatici, ed è pure necessario che la nutrizione generale sia ancora discreta e tale da non lasciare alcun sospetto di cachessia.

Aggiunge poi che il Billroth ogniqualvolta deve eseguire operazioni gravi non opera alla presenza di numerosa scolaresca, bensì in piccole stanze ove non ammette più di quattro o sei invitati oltre gli assistenti.

La stanza frequentemente imbiancata a nuovo, è riscaldata a 25° del centigr.; lungo una parete vi ha un letto ove far riposare la donna appena operata, in mezzo alla camera sta il tavolo d'operazione posto incontro ad ampio fenestrone.

Per meglio essere ordinato l'A. divide l'atto in tre periodi: *preparazione — operazione — medicatura.*

Preparazione. — 1.° La operanda è purgata il giorno antecedente o riceve un clistere per tempo nel dì dell'operazione; 2.° è posta sul tavolo d'operazione supina; le gambe son flesse sulle coscie e queste sull'addome e sostenute da due assistenti; 3.° viene cloroformizzata fino alla completa anestesia; 4.° l'operatore svuota interamente la vescica; 5.° stando l'operatore seduto all'avanti applica la grande cucchiaja dello speculum Simon sulla parete vaginale posteriore in guisa che il margine interno libero stia sotto al collo cancerigno, e la curvatura ad S deprima la forcella. Alle regioni laterali della vagina applica due spatole di bosso che affida agli assistenti che sostengono le gambe; una terza spatola difende la parete anteriore — questa spatola e la laterale sinistra sono sostenute dall'assistente che sta a destra, la laterale destra ed il manico del cucchiajo Simon dall'assistente che sta alla sinistra.

Ciò fatto porta con pennello una forte soluzione di permanganato di potassa sulla neoplasia e sulla volta vaginale. — Finalmente un getto continuo e filiforme di soluzione fenica al 2 0|0 irrora il canale vaginale prima e durante tutta l'operazione.

Operazione. — Introduce l'indice della mano destra e sulla guida di questo una forte pinza uncinata di Museaux, o gli uncini di Simpson — con tali strumenti prende il collo quanto può al disopra del tumore — stretta la pinza o legati in fascio gli uncini stira quanto può in basso ed in avanti l'utero; l'utero scende più o meno a seconda della maggiore o minore cedevolezza dei legamenti uterini, e della maggiore o minore fragilità del collo. — Portato il tumore all'ostio vaginale affida le pinze o gli uncini ad un assistente che gli sta a sinistra e che mantiene la trazione in basso ed in fuori.

Cio fatto, mercè un ago da materassajo, attraversa con lacci il collo uterino, possibilmente al di là del tessuto morboso, e toglie poi le pinze o gli uncini.

A questo punto fa comprimere l'aorta addominale da altro assistente onde evitare e prevenire soverchia perdita di sangue.

Col coltello retto nella mano destra ed il sinistro armato di pinze anatomiche comincia lenta ed accurata dissezione del cul di sacco an-

teriore della vagina, rasentando sempre il tessuto uterino, incidendo piuttosto questo che correr pericolo di aprire la vescica; tale dissezione è portata fino a metà dell' altezza del corpo uterino. A questo livello scolla la vescica col manico dello scalpello e coll'indice e nuovamente dissecando apre una rima nel peritoneo. — Entra nell'apertura coll'indice destro, uncina il fondo dell'utero, lo afferra con pinze od uncini e lo rovescia all'avanti in modo da portarlo in anteversione esageratissima; lo tira poi in basso e passa attraverso il fondo un grosso laccio e tira su questo.

Tirando scendono i legamenti larghi e le ovaja. — Il Billroth mediante le sue pinze tanaglia « Klemmer » separa un primo fascio in cui è contenuta la tromba; lo lega all'esterno del Klemmer e poi recide all' interno rasentando la faccia laterale dell'utero. — Un secondo fascio comprende la porzione media del legamento largo ed il legamento rotondo; il terzo fascio è fatto dalla porzione inferiore del legamento largo, ove assieme al plesso venoso corre l'arteria uterina. — E qui procede lentamente e cautamente per evitare la legatura dell'uretere; le legature sono tutte fatte con cordoncino di seta.

Ora non resta che liberare l'utero dalle adesioni posteriori; — disecca d'alto in basso e dall' interno all'esterno, cioè dalla superficie peritoneale alla vaginale, il cul di sacco posteriore.

Chiude finalmente la volta vaginale con 4 o 5 punti di sutura onde impedire la discesa di anse intestinali e sollecitare la guarigione.

Medicatura. — Raccoglie i sei fili delle legature laterali, li riunisce in un fascio e li fissa con cerotto alla parete addominale anteriore; fa una irrigazione vaginale fenicata, e mette un tubo di drenaggio piegato ad U con la parte convessa fenestrata rivolta al fondo vaginale per favorire lo scolo della marcia; occlude poi l'orificio vulvare mediante ovatta.

Si dà alla donna, posta nel letto ove dovrà passare la convalescenza, una posizione supina con bacino leggermente elevato. — Le irrigazioni vaginali si ripetono frequentemente, ed al terzo giorno si toglie il cuscino che sollevava il bacino e si innalzano i piedi della testa del letto in guisa che tutta la persona sia in un piano inclinato dall'alto al basso, dalla testa ai piedi.

Soggiunge poi che qualora l' utero sia in retroversione o retroflessione è meglio cominciare la dissezione dal cul di sacco posteriore come praticò il Pawlick ed ebbe il piacere di ottenere guarigione perfetta in 20 dì.

Nella relazione del Dott. Wölffer, assistente del Prof. Billroth, al

Congresso dei chirurghi tedeschi tenuto a Berlino nell'aprile 1880 venivano riportati tre casi operati dal Billroth di cui due con esito favorevole.

Lo stesso Wölffer emetteva poi la opinione che si dovesse eseguire la esportazione totale anche in quei casi in cui la malattia non era ancora avanzata, per evitare le recidive osservate di frequente dopo le asportazioni parziali. Riguardo alla legatura degli uteteri, nello stesso Congresso lo Czerny disse il pericolo esser stabilito dalle pregresse parametriti, le quali rendono denso il connettivo pelvico normalmente lasso; di qui la necessità di un accurato esame anamnestico e fisico affine di controindicare o meno un atto operativo. L'egregio A. termina il suo lavoro promettendo un lavoro di comparazione fra l'operazione di Freund e quella di Recamier-Czerny. NEGRI.

Baum (di Danzica). — Cura radicale del cancro dell'utero (53.ª *Riunione dei medici e naturalisti tedeschi in Danzica relazione di Hoeftmann di Konisberga.* (*Central. f. Chirurgie*, 44-45-47-49-1880 ed *Ann. Universali di Medicina.* Parte Rivista dicembre 1880).

L'utero si presenta molto adattato per una eventuale cura radicale del carcinoma, perchè questo ci resta di solito per molto tempo localizzato e perchè le glandole ipogastriche, che si trovano in rapporto coll'utero stesso, e che per la loro posizione si sottrarrebbero al coltello chirurgico, vengono anch'esse di solito molto tardamente infette. Se le operazioni parziali, e specialmente le escisioni imbutiforme e l'amputazione sopravaginale, non danno migliori risultati, ciò dipende da questo che il campo operatorio vi è difficilmente accessibile e solo di rado permette di determinare chiaramente i confini del tessuto sano coll'ammalato. È perciò che l'oratore non ottenne che un solo buon risultato permanente dopo l'escisione imbutiforme; ed anche dopo l'amputazione sopravaginale, da lui praticata nello scorso inverno ben sette volte, fra cui cinque per carcinoma (si noti in proposito che egli scostandosi in ciò dalla pratica di Schroeder lasciava aperta la ferita peritoneale e ci introduceva l'apparecchio fognatore) non ebbe che in due casi una guarigione finora mantenutasi. Del resto tutti i casi decorsero senza reazione affatto. In tale stato di cose

l'estirpazione totale dell'utero ci pare certamente molto conveniente. Ma l'operazione di Freund non poteva soddisfare a tutte le esigenze, perchè essa non teneva abbastanza conto della concomitante affezione della vagina, ed anche perchè si presenta come un processo troppo pericoloso, sia per la possibile ferita degli ureteri, che per il collasso e per l'infezione settica. La frequenza di quest'ultima viene ben a ragione ascritta da Bardenheuer alla sutura del peritoneo, la quale, quando sia una volta insorta la putrescenza, impedisce che difluisca il secreto e che si tenga ben asciutta la piaga.

Dopo che Schroeder facendo l'amputazione sopravaginale ha indicato la via per operare sulle parti superiori dell'utero, Czerny praticò l'estirpazione totale dell'utero dalla vagina; l'operata morì 6 mesi dopo per un ascesso del bacino che l'oratore ritiene come conseguenza della sutura del peritoneo, pure eseguita da Czerny e della ritensione prodotta dalla medesima. In seguito Billroth, per primo eseguì l'operazione, lasciando perfettamente aperta la ferita peritoneale, e su quattro operate ottenne tre guarigioni.

Baum, ha fatto l'operazione col metodo di Billroth 4 volte. La prima ammalata venne operata il 21 giugno, e fu dimessa pienamente guarita il 1º agosto. Essa si presentò anche ultimamente nel lazzaretto, e nel fondo della vagina aveva un piccolo cercine mucoso, rosso turchino, che si dava chiaramente a divedere come appartenente ai monconi delle trombe. La 2ª paziente morì al 5º giorno; le era già stata prima fatta altrove l'amputazione sopravaginale, ma il carcinoma erasi rinnovato. All'autopsia si trovò che era restato in posto un grosso pezzo di tumore nel tessuto cellulare retroperitoneale. La terza operazione fu fatta il 4 settembre in una virago avanzata d'età nella quale si dovettero prima eseguire delle incisioni nella vagina per rendere accessibile l'utero. In questa donna erano prese dalla malattia anche le trombe, in modo che venne levato tutto l'apparecchio sessuale interno, ad eccezione dello stretto cilindro vaginale e delle terminazioni esterne delle trombe. Anche questa operata si presentò ultimamente in piena convalescenza nel Lazzaretto. La quarta operazione infine fu eseguita in una donna molto stremata di forze per perdite di sangue; la paziente soccombette 18 ore dopo l'operazione per collasso, mentre le altre ammalate non presentarono quasi tracce di sintomi di collasso.

Le dette operazioni furono eseguite secondo la descrizione fattane da Wölfler nell'ultimo Congresso dei chirurgi. Se l'utero era mobile, veniva esso tirato in fuori, poi si incideva tutto intorno il fornice

vaginale a 1-2 cent. della neoformazione, e con istrumenti ottusi si liberava l'utero stesso dai tessuti che lo circondano, prima in avanti e poi all'indietro. Le due parti laterali, nelle quali stanno le arterie uterine, vengono assicurate con una legatura in massa. Di poi si apre la ripiegatura del Dauglas con un taglio diretto verso l'utero, e allora si tira fuori il legamento laterale destro col dito piegato ad uncino. Poi si deve recidere la plica vescico-uterina che resta tesa e che è molto sottile e che appare sul polpastrello del dito; e con ciò si rende libero l'apice del dito, ai lati del quale si allaccia in una o due porzioni, e si recide il detto legamento laterale destro. Allora si può prendere il fondo dell'utero e si estrae lateralmente dalla ferita peritoneale. Infine si allaccia e recide all'egual maniera del destro anche il legamento lateral sinistro. Se poi invece l'utero fosse immobile si deve allora operare lentamente e cautamente fino a che lo si è reso mobile; e ciò può riuscire veramente difficile.

L'emorragia non è considerevole e viene facilmente padroneggiata colla compressione dell'aorta. Le cautele antisettiche da prendersi sono le solite; nel cavo addominale s'introducono due tubi fognatori grossi come un dito, senza aperture laterali; uno di questi tubi si introduce anche nella vagina, e questo sia fornito di aperture laterali; la vagina si ottura leggermente con della garza ripiegata e al tutto si sovrappone una medicatura Lister. Intorno al ventre si avvolge ben strettamente una fascia di flanella.

Nella cura consecutiva non si deve mai ommettere la misura della temperatura che si deve replicare ogni due ore. Appena la temperatura comincia a sorpassare il grado normale, si deve subito injettare attraverso ai tubi fognatori dell'acqua clorata o salicilata e deve rinnovarsi la medicatura, Questa regola venne trascurata nel secondo caso dell'ammalata; nel terzo la temperatura ad un'ora di notte era salita a 38°,2, e dopo l'irrigazione ritornò tosto alla norma.

I tubi possono essere levati al 4°-5° giorno, e la guarigione è completa in 5-6 settimane.

I due casi di morte si sarebbero potuti evitare, perchè gli errori commessi sono evidenti. Infatti un'ammalata anemica in alto grado si deve, come bene ha insegnato Pèan, rinforzare per più settimane, prima di passare ad operarla; per tutte le altre ammalate l'operazione fatta coll'osservanza delle necessarie precauzioni sì da veramente a dividere come un processo non pericoloso.

Dopo ciò Baum presenta i 4 preparati.

Nel corso della discussione V. Adelmaum (di Berlino) presenta le

fotografie che Palasciano (di Napoli) fece prendere nel 1874, della cicatrice peritoneale di un caso di estirpazione totale dell' utero nei vari stadi di cicatrizzazione.

Loebker (di Greiswald) non ritiene ancora provato come vorrebbe Baum, che il cavo peritoneale non debba essere chiuso con cucitura, ed anzi crede che esso costituisca una difesa sicura contro una infezione proveniente dalla vagina, quando l' operazione si sia fatta con tutte le cautele antisettiche.

Baum spiega, almeno così crede egli, che non in tutti i casi di apertura della cavità peritoneale, questa si debba lasciare aperta, come non la si lascia aperta nelle ovariotomie semplici. Nei casi però nei quali si trattasse dell'esportazione di tumori in parte icorosi non si potrebbe far tanto assegnamento sull'antisepsi da arrischiare di chiudere il cavo peritoneale. Sarà poi inutile chiudere il cavo peritoneale quando, dopo l' esportazione dell' utero e della volta vaginale, nella quale stanno le glandole principali, si trovi esservi tanto poco secreto nella vagina, che non si abbia più a temere una icorizzazione del medesimo.

A. D'Antona. — Una sesta ovariotomia seguita da rapida guarigione. — (Estratto dal Giornale *Il Movimento medico-chirurgico.* Anno XII, Fasc. 9°, 1880).

La signora G. V., di 28 anni, s'accorse, nel settembre del 1879, di di un tumoretto sorto nella regione della fossa iliaca sinistra della grossezza di una noce, indolente, mobilissimo, duro. Andò lentamente aumentando e tanto piccole furono le sofferenze che potè portare a termine anche l'allattamento della sua seconda bambina. — All'esame praticato, L'A. riscontrò che il tumore arrivava a due dita trasverse dall'apofisi ensiforme. — Ovunque si avea fluttuazione, ed il fiotto chiaro e superficiale è trasmissibile per ogni senso meno in una limitata regione tra l'ombellico e la spina iliaca ant. sup. destra ove il fiotto si percepiva attraverso a tessuti solidi molto spessi.

Coll' esame vaginale si raggiungeva un segmento del tumore e se ne poteva sentire la mollezza e la fluttuazione; l'utero alquanto abbassato e retroverso ed il suo cavo misurava sette centimetri. Col dito e colla sonda rilevava la mobilità in ogni senso dell'utero; sicchè la sua diagnosi fu: *cisti ovarica sinistra, uniloculare e sierosa, probabilmente a*

largo picciuolo libero di aderenze in basso e pelviche, e libera di aderenze parietali.

Due sole particolarità non erano ben chiarite: il *troppo rapido sviluppo del tumore* (9 o 10 mesi in tutto) e la *natura di quell'indurimento nella parte laterale diritta;* sospettò l' A. una trasformazione mixomatosa o sarcomatosa di quella sezione di parete cistica, ed in più sospettò parziali e limitate aderenze.

La ovariotomia fu praticata con tutte le cautele antisettiche; la sutura delle parti addominali fu fatta con sei punti di catgut doppio ed 1 di seta fenicata; il peduncolo fu trattenuto all' esterno con un clamp. La cisti conteneva da 16 a 17 litri di liquido, era dello spessore medio di 6 a 7 mill.; in corrispondenza del segmento inferiore destro mostrava una sezione di 12 a 15 cent. quadrati molto ingrossata formata da numerosissime piccole cisti di varia grandezza a contenuto denso, lattescente e quasi mucoso; il tessuto intermedio era mixomatoso.

La signora fu medicata sei volte e dopo 22 giorni abbandonava il letto perfettamente guarita. NEGRI.

Adolfo Piovano. — Di una ovariotomia eseguita in Torino l'8 ottobre 1880. — (Dall'*Osservatore.* Gazzetta delle Cliniche di Torino, N. 46-47, 1880).

Donna di 29 anni; precorsero due gravidanze complicate a cistovario; dopo la seconda gravidanza incomodata oltremodo dal volume del ventre ricorre alla paracentesi, ma in quattro mesi circa il ventre guadagna il volume primitivo onde dispone l'animo suo alla cura radicale. L'esame istituito dall'A. il 25 settembre mostra l'addome molto sviluppato; circonferenza ombellicale cent. 113, dall'apofisi ensiforme al pube cent. 58. — Dal reperto, dal riscontro vagino rettale, l'A. venne nell'idea di una cisti dell'ovario sinistro.

Con tutte le cautele antisettiche praticò l'ovariotomia il giorno 8 ottobre. — S'incontrarono molte aderenze parietali e fitte; il peduncolo largo, assai vascolarizzato, abbracciava anche la tromba; fu legato segmentalmente con seta fenicata ed abbandonato nel cavo addominale.

Il tumore apparteneva all'ovaja destra tutta degenerata nel cistoma

multiloculare, cui stava fissamente appiccicata la tromba ipertrofica, allungata e pervia completamente, che venne recisa in vicinanza del suo ingresso nel tessuto uterino.

Il cavo addominale fu lavato con soluzione di Tymol e ce ne vollero circa sei litri prima che la soluzione uscisse limpida ed incolora.

La breccia fu chiusa con otto punti di sutura profonda fatta con seta fenica N. 3 comprendenti il peritoneo, e molti altri superficiali.

Il liquido e la cisti pesavano complessivamente chil. 20.840.

Al 14º giorno la donna abbandonava il letto. NEGRI.

Prof. Domenico Tibone e Dott. Libero Bergesio. — Considerazioni ed esperimenti sui processi di cefalotripsia interna. — (*Giornale internaz. delle Scienze Mediche.* Fasc. X e XI del 1880).

In sostituzione della cefalotrossia esterna e dell'uncino, tra i primi a proporre metodi di cefalotrossia interna si incontrano Dugès e Didot de Dinaut.

Non volendo accettare il Dugès il cefalotribo quale uscì dalle mani dal Baudelocque, credette di aver trovato un buon mezzo di sostituzione nella trivella. Ha questa la figura di una vite conica a seni profondi ed a bordi taglienti; è foggiata a mo' di pera, in acciaio e sostenuta da un manico; varia in lunghezza dai 32 ai 37 cent. Voleva l'A. forare la volta colla punta aguzza, e ridurre poi in frammenti la base praticando parecchie trivellature, infine tentarne anche l'estrazione.

Nel 1849 il Didot di Liegi presentava il suo *diatripteur;* l'A. ne avea circoscritte le indicazioni alle presentazioni del capo deflesso; quindi di ben ristretta applicazione, poichè rare le presentazioni della faccia, mentre se si volesse trasformare una presentazione di vertice in una di faccia per applicare poi il Diatripteur, molte volte sarebbe istrumento affatto inutile, poichè continuando le trazioni coll' uncino ben di frequente si arriva all'estrazione.

Didot suggerisce anche di fare prima la craniotomia della volta per aprire la via, ed anche di far precedere il rivolgimento e quindi estratto il tronco più facilmente si potrà giungere alle narici e per questa far passare l'istrumento. Ma ben giustamente avvertano gli A.

che se il vizio del bacino è mite, craniotomia e rivolgimento saranno più che sufficienti a compiere il parto, se il vizio è forte il rivolgimento difficile, talora impossibile ed in molti casi controindicato. — Oltre a ciò altre obiezioni e di valore, infirmano l'opportunità del diatripteur e la sola prova clinica a cui fu sottoposto, ne fa testimonianza; in rachitica, la cui C. V. segnava 67 millimetri, il diatripteur fallì e la gravida fu liberata dal Simon col forcipe sega.

Le ricerche degli A. mostrarono loro che il solo Rizzoli riuscì a forare una base cranica fetale nell'utero mediante la trivella di Dugès, ciò lascia credere che di questi due strumenti la trivella sia il migliore ed infatti ricompare nello sfenotribo di Hubert e nel cefalotribo di Lollini.

Lo sfenotribo di Hubert infatti altro non è che la trivella del Dugès, munita di un'asta curva disposta in modo da proteggere le parti materne coprendo la punta della trivella.

Nelle mani del suo inventore diede ottimi risultati quantunque varie obiezioni teoriche si possano fare all'istrumento, riferibili al peso ed al volume, al difficile maneggio nelle ristrettezze gravi e per il fatto che affinchè l'azione della branca protettrice riesca, necessita che questa sia portata molto in alto sulla regione pretracheale od occipitale del feto.

E perciò che gli A. credono lo sfenotribo non addatto alla maggioranza dei pratici. — Non bisogna però dimenticare che nelle mani degli Hubert diede l'85 0[0 di successi impiegandolo in vizi oscillanti fra i 47 e gli 80 millimetri.

Contro i danni del peso e del volume il Guyon nel 1865 proponeva il suo nuovo metodo di cefatotripsia misto endo ed extra-cranico. — Perforata la volta col grande trapano, vuotato il cranio, si pianta un punteruolo sulla base e sulla guida di questo si porta l'altra corona di trapano per perforare la base: questa rotta col piccolo forcipe compressore si tenta ridurre i diametri fetali e poi si eseguiscono le trazioni.

Il Italia il forcipe Guyon fu ampiamente studiato e mentre il Chiarleoni ne riscontrava il potere cefalotribo, il Cuzzi ne dimostrava il potere inclinante sulla base.

Altro processo di cefalotripsia endo-cranica è quello proposto nel 73 dal Fabbri, sanzionato clinicamente e sperimentalmente dal Fabbri figlio che pubblicò le esperienze sue e quelle del padre.

Il Fabbri propose due strumenti: una robusta forbice embriotomica dell'Asdrubali, curva leggermente sul piatto con la punta ottusa, ed

una tenaglia ossea incisiva chiamata *cefalotrittore interno*, ma che meglio gli A. chiamerebbero *tanaglia basiotomica.*

Secondo il Fabbri l'atto operativo può compiersi col concorso di ambedue gli istrumenti od isolatamente con ognuno di essi. — Colla forbice spappolata la massa cerebrale, riconosciuta la base, con successive aperture e chiusure in vario senso si rompono le parti solide che si mettono fra le branche. — A Fabbri padre ed a Fabbri figlio ciò riuscì, ma gli A. non ostante vari e reiterati tentativi non giunsero mai colla forbice embriotomica a rompere la base.

Il cefalotritore interno invece corrispose; vuotato il cranio si introduce la tenaglia e poi aprendola e chiudendola in varia direzione si cerca di afferrare, strappare ed estrarre le sporgenze basilari: nel 1878 con tale strumento gli A. praticavano sei esperienze; ed una volta fu tentato nel campo clinico (C. V. 60) ma però la base non riuscì rotta e fu terminato il parto col rivolgimento.

Ma la tanaglia di Fabbri essendo retta, ben raramente è dato di porter guidarne il morso in modo che possa agire sopra un piano che si può ritenere parallelo a quello dello stretto superiore: ecco perchè il Prof. Tibone pensava di modificarla dotandola di una curvatura simile a quella che ha il trapano del Braun; fu inoltre resa la sua testa alquanto più sottile.

Col connubio della craniotomia e basiotomia ottenuta colla tanaglia e la cranioclastia, si può far fronte a casi di distocia abbastanza gravi senza tema di produrre nocevoli attriti sui tessuti materni.

Seguono sette esperienze praticate colla pinza modificata, e per ultima viene esposta una osservazione clinica.

Ecco per gli Egregi Autori come si può riassumere il processo embriotomico da loro proposto:

1.º Craniotomia col trapano ed excerebrazione;

2.º Basiotomia con la tanaglia basiotomica;

3.º Estrazione del capo col cranioclasta o col forcipe Guyon o con l'uncino acuto.

E terminando, promettono di ritornare sopra l'argomento qualora maggiori e più accurati studii abbiano loro fatta acquistare più estesa esperienza.

NEGRI.

Grassi dott. Ernesto, — Due casi di evoluzione spontanea; relazione e commenti. — (Estratto dall' *Imparziale.* Firenze 1880).

L'A. onde rendere praticamente utile il suo scritto, si pone il seguente quesito: *data una presentazione trasversa con spalla profondamente impegnata, e riusciti inutili i tentativi di rivolgimento, trovare un altro modo di liberare la donna.*

Due, egli dice, sono le vie: o rompere la continuità del feto mediante la decollazione, oppure favorire la evoluzione fetale. Chiama la prima operazione non sempre facile e sopratutto non sempre innocua, qualunque sia il processo che si addotti sia che si usi dell' uncino di Braun, delle forbici del Dubois, di un ansa decollatrice qualsiasi.

La evoluzione podalica o parto per la spalla, ove riesca, è meno pericolosa per la madre e *teoricamente* meno nociva al feto.

Il Denmann, che può dirsi il padre dell' evoluzione podalica, trovò successivamente apostoli nel Douglas, nel Vannoni, Monteggia, Paletta, Esterle, Balocchi e nel Lazzati colla sua memoria sul parto per la spalla. — Finalmente il Prof. Chiara col suo lavoro: *La evoluzione spontanea sorpresa in atto mediante la congelazione*, contribuì a dimostrare la evoluzione spontanea meno rara di quanto i precedenti autori affermassero. Ciò premesso espone i due casi che assai brevemente riassumiamo.

Osservazione prima. — Signora di piccola statura in travaglio da 24 ore con presentazione trasversa sconosciuta dalla levatrice; che anzi credendo trattarsi di presentazione dei ginocchi somministrò un grm. e mezzo di segale cornuta. Acque colate 12 ore prima circa a dilatazione di pochi centimetri.

L'A. trova, utero retratto fortemente sul feto che si presenta col piano laterale sinistro dorso post. — braccio procidente. — Non si avverte battito fetale. — Condizioni generali non troppo buone. — L'A. tenta il rivolgimento e riesce infatti a portare alla vulva il piede sinistro; ma a questo punto non riesce ad ottenere l'evoluzione fetale; impossibile riesce spostare la spalla e tentare l' abbassamento dell'altro piede, poichè al di là dell'orificio interno utero e feto facevano ormai corpo.

Visto ciò è sentito anche il parere del Prof. Balocchi, e constatato un certo grado di impegno della spalla decide di favorire la evoluzione colla eviscerazione ed ove occorra con trazioni sul tronco me-

diante l'uncino: aperto il torace sinistro colla forbice l'A. s'accorse che la spalla discendeva sempre più, e che le due metà delle costole recise tendevano ad appiattirsi l'una sull'altra, onde anche per consiglio del Prof. Balocchi abbandonò il parto alla natura. Due ore dopo infatti compievasi la evoluzione podalica di un feto lungo 48 ctm. e dell'apparente sviluppo di otto mesi.

Il puerperio fu normale.

La donna era secondipara e nel primo parto (presentazione cefalica) ebbe un travaglio molto lungo con il risultato di un feto morto. L'esame digitale infatti mostrava una riduzione nella coniugata vera e la esistenza di una fistola vescico-vaginale retaggio del primo parto.

Osservazione seconda. — IIpara, ben conformata in travaglio da 48 ore, acque colate dal mattino (la gravida era accolta alla Maternità alla sera); la gravidanza era nell'8º mese. Si presentava il piano laterale sinistro: un tentativo di rivolgimento diede il risultato della prima osservazione, onde vista la prematuranza del feto, la morte di questo e le buoni condizioni generali della donna si sperò nella evoluzione. Messa la donna nel bagno generale, le contrazioni si accentuarono sempre più e mezz'ora dopo la evoluzione s'era compiuta. — Il feto era lungo 42 ctm., pesava 2500 grm. con un Bp. di 75 mm., ed un Bm. di 70

Puerperio regolare. NEGRI.

Chiarleoni dott. Giuseppe, consulente ostetrico di Santa Corona. — Iperinvoluzione uterina (?) — (*Gazzetta degli Ospitali.* Milano, dicembre 1880).

Dopo aver ricordato che il Simpson per il primo richiamò l'attenzione sopra la iperinvoluzione uterina, accennata appena alla subinvoluzione puerperale, soggiunge che di casi finora pubblicati di iperinvoluzione ben povera è la letteratura medica.

L'A. cita infatti tre casi del Simpson, due di Puech ed altri pubblicati nel trattato del Courty ed in quello dello Scanzoni; uno del Sinclair ed infine uno del Chadwich. Prima di esporre le due storie l'A. tocca la questione del *quando* nella vita muliebre il medico può riscontrare uno stato atrofico dell'utero. Si può infatti riscontrarlo o prima della pubertà o dopo avvenuta, ma in un'epoca in cui normalmente deve esistere la vita riproduttiva, o finalmente nella meno pausa.

Nel primo periodo più che atrofia è un deficiente sviluppo uterino

congiunto o no a quello delle ovaje; è quella forma conosciuta col nome di utero *pubescente* o *rudimentario*.

Nel periodo *post riproduttivo* nulla meraviglia che utero ed ovaja vadano in preda ad un processo di atrofia; si ha l'utero senile.

Nel periodo generativo l'iperinvoluzione uterina è invece ben più importante ed è per la donna di grave significato; sue caratteristiche sono l'amenorrea e la sterilità, con questa scompaiono gli appetiti venerei. Compagna all'atrofia dell'utero notasi quella delle ovaje e non s'è anzi ancora stabilito se questa preceda o segna quella, o se e l'una e l'altra non sieno dovute invece ad uno stato morboso particolare del sistema trofico nervoso.

Storia I. — Rosa B., di 26 anni, immune da qualsiasi labe gentilizia, si presenta alla ambulanza ginecologica dell'A. il 29 genn. 1879. Nell'infanzia ebbe varie manifestazioni scrofolose (otite, ingrossamenti ghiandolari al collo), fu mestruata a 14 anni, sempre con accompagnamento di cefalea, dolori ileo sacrali e senso di stanchezza agli arti inferiori. A 20 anni passò a marito; ebbe tre gravidanze terminate due con parti normali; l'ultima, nel gennaio 1878, fu chiusa da un parto laborioso ed il feto nacque morto.

Da quest'epoca appunto datano i disturbi suoi consistenti in disturbi intellettivi, sonnolenza invincibile con sogni strani e spaventosi; senso di calore all'addome e di freddo al resto del corpo, dolori all'epigastrio ed al sacro; senso di costrizione faringea; anoressia alternata a fame insaziabile; stipsi raramente alternata a profusa diarrea.

Da quell'epoca dimagramento progressivo, mancanza di mestruazione, indifferenza dapprima ai piaceri venerei, più tardi avversione.

L'esame generale non riscontrò cosa alcuna apprezzabile per quanto riguardava gli organi del cavo toracico ed addominale.

L'apparato genitale diede questo reperto:

Monte di Venere ed apparato vulvare atrofici, mucosa pallida; canal vaginale sano a pareti sottili e rimpicciolito; collo uterino piccolo, rammollato, orificio beante, il labbro anteriore un po' più grosso del posteriore che appena proemina sul cul di sacco posteriore. Corpo uterino in asse del volume di una piccola noce; dell'ovajo destro nessuna traccia, del sinistro qualche segno, sentendosi al di dietro del legamento largo un piccolo corpicciuolo ovoideo, consistente ed assai dolente se compresso fra le dita.

Coll'esame allo speculum il muso di tinca è superficialmente ulcerato ed appena coperto da poco muco-pus. Coll'isterometro si trova l'utero della altezza massima di 38 mill. a cavità proporzionalmente impicciolita.

La cura fu rivolta ad arrestare il lavorio di distruzione organica e a ridonare la funzionalità agli organi genitali. — A ciò si tentarono gli amari ed il fosforo internamente, e la elettricità continua per tre mesi; per il secondo punto di vista si ricorse al pessario intrauterino galvanico che fu benissimo sopportato.

L'esito fu nullo e più tardi l'A. perdette di vista la paziente.

Storia II. — P.... Emilia, di 28 anni, incannatrice di seta: nulla dal gentilizio; nessuna malattia nella prima età. Passata a marito a 23 anni, 17 mesi dopo dava alla luce un figlio vivo e sano (giugno 1876). — Allattò per tre mesi e mezzo il suo bambino e poi la secrezione lattea scomparve spontaneamente. — Con questa scomparsa notò: nausee, vomito, inappetenza; nella sostanza emessa col vomito notò talvolta qualche screziatura sanguigna. — Non comparve più la mestruazione da quattro anni; non chiedeva mai il coito ma però vi si prestava volontieri.

All'esame, tolta una profonda denutrizione, null' altro si trova. Organi genitali esterni atrofici, mucosa pallida, pareti vaginali atrofiche sottili, porzione sottovaginale quasi irreperibile, piccolissima; corpo uterino col riscontro retto-vagino-addominale piccolissimo, mobilissimo, indolente. — Misurazioni: diametro antero-poster. del collo mill. 18, trasverso mill. 12, lunghezza totale dell'utero, portando la sonda all'angolo superiore destro, mill. 54, sul fondo 50, all'angolo superiore sinistro 46. — Per 52 giorni stette nella sala Madonna dell'Ospitale Maggiore, e quantunque quì i disturbi gastrici mostrassero una certa sosta, tuttavia il grave deperimento non solo era costante ma progressivo, come lo dimostrava la bilancia che mostrava una perdita in peso di grm. 1200 in circa 50 dì.

Come conclusione l'A. riassume i fatti più importanti osservati nelle due pazienti nelle due seguenti proposizioni; 1.º Denutrizione generale fatalmente progressiva; 2.º inizio di questo stato morboso subito dopo il parto.

Escluso l'allattamento come causa, l'A. invoca la involuzione puerperale e si domanda se per una causa qualunque il lavoro varchi talvolta i limiti fisiologici e porti con ciò una lunga serie di dissesti organici. — Ammettendo ciò ne resta però sempre oscura la causa; forse l'esame necroscopico potrebbe mettere sulla strada e stabilire se l' abberrata funzionalità dei centri trofici possa essere invocata a spiegare questa *ipotrofia generale progressiva,* come vorrebbe chiamarla l'A.

NEGRI.

R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO

Movimento clinico-operativo

nei mesi di Novembre e Dicembre dell'anno 1880.

Gravide accolte . .	N.° 55	Parti naturali .	N.° 47	morte	N.° 1
Uscite prima del parto —	»	artificiali »	18	morte . . . . . , .	» 2

---

1. **Estrazione manuale** — 259 - Ovoide podalico completo - placenta previa marginale - feto premorto - donna salva.
   288 - Estrazione del tronco e del capo - feto vivo - puerperio normale.

2. **Estrazione manuale dal cavo addominale** — 278 - Spalla sinistra dorso posteriore ripetuti tentativi di liberazione a domicilio - è portata in clinica con utero squarciato e feto ed annessi nel cavo addominale - estrazione facile del feto ed annessi per la breccia vagino uterino - drenaggio e lavature endo-addominali feniche - morte della donna 8 ore dopo.

3. **Versione** — 274 - Spalla destra dorso anteriore - versione con manovre esterne - rottura delle membrane - parto spontaneo - madre e feto salvi.

4. **Parto provocato** — 227 - *Per idramnios acuto* - rottura delle membrane - isterostomatotomia e forcipe Pajot allo stretto superiore - esito buono.
   262 - Per albuminuria nell'8º mese - feto e madre vivi.
   243 - Per stenosi pelvica alla metà del 9º mese - metodo Krause - introducendo la sciringa le membrane si rompono - in travaglio febbre elevata - morte del feto - parto spontaneo - puerperio morboso per flebite crurale.

5. **Applicazioni di forcipe** — 260 - Forcipe Naëgele alla parte inferiore dello scavo - esito completo.

208 - Forcipe allo stretto inferiore - espulsione abbandonata alla natura - lacerazione perineale fino all' ano - perineorafia - madre guarita - feto vivo.

244 - Forcipe Naëgele al piano perineale - esito felice.

227 - (Vedi al P.° provocato).

279 - Forcipe Naëgele allo stretto inferiore per inerzia - feto vivo - puerperio regolare.

311 - id. id. per inerzia - bene.

253 - id. id. nello scavo - bene.

6. **Placenta previa** — 259 - Primipara - placenta previa marginale - estrazione - (Vedi nell'estrazione).

270 - Placenta previa marginale - distacco digitale della placenta - rottura delle membrane - parto alla natura - feto morto - madre guarita.

7. **Embriotomia** — 234 - Vertice con procidenza del funicolo, di un piede e di una mano - craniotomia e cranioclastia Braun - guarigione.

268 - Eclampsia - morte del feto - craniotomia Braun e tirateste Danavia e forcipe Guyon - pelvi viziata allo stretto superiore ed allo stretto inferiore per rachitide - guarita dall'eclampsia muore per flebite uterina.

290 - spalla destra dorso anteriore - embriotomia sul capo e tronco - guarigione.

206 - Idrocefalia - feto morto - craniotomia Blot - guarigione.

238 - Pelvi normale - feto voluminoso morto - cranioniotomia e cranioclastia - è ancora in clinica e sta bene.

8. **Trasfusione peritoneale di sangue di agnello** —

220 - *Anemia progressiva* - trasfusione di gr. 300 di sangue - morta 8 ore dopo.

Crediamo far cosa grata ai lettori riassumendo in uno specchietto gli atti operativi praticati nell' anno 1880 (1° Gennajo al 31 Dicembre) nonchè il numero e le cause delle morti:

PARTI N. 313 — *Atti operativi:*

Riduzione del cordone	2
Estrazione di aborto	1
Estrazione podalica manuale	10
Estrazione dal cavo addominale	1
Isterostomatotomia	5
Parto prematuro provocato a scopo medico	7
Parto prematuro provocato a scopo ostetrico	3
Aborto provocato	1
Rivolgimento per presentazione di tronco	6
Rivolgimento per presentazione di faccia con procidenza di una mano	2
Rivolgimento per presentazione di vertice con procidenza di una mano	1
Forcipe nello scavo ed allo stretto inferiore	33
Forcipe allo stretto superiore	8
Embriotomia sul capo	9
Embriotomia sul capo e tronco	2
Laparotomia per rottura d'utero	1
Taglio cesareo seguito dall'amputazione utero-ovarica	1
Perineorafia	4

DONNE MORTE N. 11 — *Cause delle morti:*

Rottura traumatica d'utero (donne portate agonizzanti)	2
Anemia perniciosa progressiva	2
Tubercolosi polmonare	1
Peritonite esordita in gravidanza	1
Setticoemia (pervenuta in travaglio)	1
Peritonite settica (una pervenuta in travaglio)	2
Eclampsia	1
Eclampsia e flebite uterina	1

NECROLOGIO

FRANCESCO PAIUSCO

Il 3 del corrente mese moriva in Berlino, ove era stato inviato dal Ministero della Pubblica Istruzione a disimpegnare una missione scientifica, il Dott. **Paiusco,** Professore ordinario di Clinica Ostetrica nella R. Università di Catania. Il rimpianto vivissimo e la grande eredità di affetti che egli lasciò tra i suoi compagni di gioventù, di studio, di lotta, come ne dànno sicura prova le lettere pervenuteci, dimostrano quali fossero le doti dell'animo suo. Ma qui è inutile tesserne le lodi colla vana rettorica delle parole, poichè a testimonianza del suo valore restano la sua vita scientifica che lo volse rapidamente ad alta meta ed i suoi numerosi lavori, fra cui, come principali, cito quelli *Sull'igiene e la fisiologia del parto; Sul governo della placenta nel secondamento; Sulla diagnosi ostetrica;* infine, *Sulla gravidanza cervicale,* che segnava una pagina nuova nella ostetricia italiana e che veniva meritamente acclamato nell'ultimo Congresso medico tenutosi a Genova. — Assistente alla Clinica ostetrica di Padova, indi Lettore di ostetricia in Roma, passato poscia in seguito a concorso per titoli come Professore straordinario di ostetricia a Sassari, veniva quindi, pure per concorso per titoli, nominato nel 1879 Professore ordinario di ostetricia nell'Università di Catania. In relazione scientifica con parecchi dei più eminenti ginecologi d'Europa, di questa aveva visitato le principali cliniche ostetriche e ginecologiche, ed impressionato dal fatto che in Germania accanto alle cliniche ostetriche sorgevano per ogni dove rigogliose cliniche ginecologiche provviste a dovizie di ogni mezzo, fece un vero apostolato perchè a tale riforma si addivenisse anche in Italia, e manifestò pubblicamente le sue idee in una lettera diretta all'attuale Ministro della Pubblica Istruzione. Alla ginecologia aveva dedicato specialmente le sue cure e benchè già maestro, pure,

avido di sapere, non aveva disdegnato, già logoro ed affranto da lunga e penosa malattia, di peregrinare in terra straniera ove lo coglieva la morte. — Tale notizia ci giungeva tanto più triste inquantochè alla sua salma mancarono affatto quelle onoranze postume che a buon diritto spettavano ad un rappresentante della scienza italiana. Ed in prova qui riproduciamo la seguente lettera inviataci da Martin:

6 Gennajo 1881, N. W. Friedrich Str. 104, a.

Egregio Collega!

Voglia accordarmi il suo appoggio per far conoscere in luogo appropriato sui fogli italiani la triste notizia della morte del Prof. Paiusco di Catania, avvenuta qui in Berlino il 3 di Gennaio. Paiusco era qui venuto, per incarico del governo, onde attendere a studii ginecologici. Ammalatosi al suo passaggio per Monaco, il 31 Dicembre 1880 mi fece chiamare al suo letto e la mattina del 3 Gennaio soccombeva alla dissenteria che egli aveva portato con sè da Monaco.

Il mio dolore per la morte di questo zelante sacerdote di Lucina, che non potè avere tutte le cure, fu vivamente aumentato dal modo, che a me non pare giustificato, con cui si contenne la locale rappresentanza italiana riguardo al cadavere ed al suo seppellimento. L'ambasciatore diede gli ordini per la sepoltura al console. Quantunque Paiusco avesse lasciato più di 600 marchi in contanti, *fu sepolto come un proletario,* senza alcun segno di partecipazione nazionale, e senza alcuna di quelle pompe esterne che si hanno anche nei più modesti funerali. Solo in seguito alle mie sollecitazioni il console comprese la necessità di inviare un segretario. L'inviato venne un quarto d'ora dopo l'ora stabilita. La cerimonia non ha durato 3 minuti. Se io col mio assistente non avessi deposto corone sul feretro, gli sarebbe mancato anche questo ornamento. Voglia essa far osservare in luogo appropriato come noi siamo stati dolorosamente impressionati dal trattamento usato dai connazionali alla terrena salma di un uomo che ha dovuto perdere la vita in servizio della scienza e del suo governo.

Sempre suo: A. Martin.

Al Dott. Luigi Mangiagalli.
Milano.

Prof. Dott. Domenico Chiara, Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. P. Agnelli.

Volume III. Febbrajo 1881 N. 2.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

DI UNA OVARO-ISTERECTOMIA CESAREA

PER

DISTOCIA PELVICA DA OSTEOMALACIA

E

l'Istituto Clinico-Ostetrico di Torino

per il Prof. DOMENICO TIBONE

Fra i moventi, che spingono i pratici a pubblicare le proprie imprese nel campo operativo, di certo primeggia il favorevole successo. Egli è questo che mette in tensione la molla dell'amore proprio e porta a divulgare i fatti, i quali ebbero per esito la guarigione; tanto più quando si tratta di un intraprendimento chirurgico non ancora universalmente accettato, e quella raggiunta venne fra difficoltà, fra pericoli allorchè meno si poteva sperare. Non è in cotesta direzione, che io devo cercare l'eccitamento, che mi mette la penna in mano per narrare la osservazione clinica, della quale il titolo già è noto. Si è per l'appunto nella circostanza, che la buona riuscita non è venuta a coronare gli sforzi del clinico, che io credo conveniente e vantaggioso, che i casi sieno esposti in tutte le particolarità e presentati all'esame dei colleghi, affinchè gli intelligenti possano giudicare quale sia la parte, che spetta nell'infelice risultamento alla operazione, e quale quella, che si debba mettere a carico delle patologiche concomitanze o delle eventuali complicazioni. Studio questo fecondissimo di pratiche applicazioni segnatamente quando l'atto operativo in alcuni momenti — ed è per l'appunto il fatto

mio — venne condotto con qualche variante ai processi sin qui seguiti. Di poi dal fatto clinico risalendo all'ambiente, in cui si svolse nell'ultima fase, mi viene opportuna l'occasione per riferire alcune considerazioni, le quali valgono a mettere in chiaro le vere condizioni dello Istituto Clinico, che è posto sotto la mia direzione, onde tutti possano con fondamento e con perfetta notizia apprezzare i confronti ed i giudizi, certo poco benevoli, che su di esso da alcuni vennero ultimamente fatti.

La Caterina B..... è nata e cresciuta in una borgata di un popoloso villaggio che siede in un seno delle prealpi Graje; nel terreno fa quasi intieramente difetto l'elemento calcare di tanta rilevanza sì per l'economia agricola che per l'economia animale; è in generale asciutto perchè per brevi tratti irriguo ed a grandi pendenze. Bella ed aprica è, guardata in generale, la esposizione del luogo e salubre l'aria; se non che l'uomo, trascurante delle regole igieniche le più ovvie, in varii modi si adopera per rendere in parte vani cotesti naturali vantaggi; circonda la casa con piante di alto fusto, che con particolare amore coltiva, facendo danno alla aereazione e togliendosi l'azione salutare del sole in quella plaga non molesto. Con lo stabilire le concimaie in tutta la prossimità della casa senza artificio alcuno e senza speciale riguardo, si procura un perenne fomite di effluvii animali, che di soventi danno origine al tifo addominale. Dell'abitazione e del vitto del nostro alpigiano non fa mestieri il dire; quella angusta e questo insufficiente; nè sempre sono dalla sua mensa escluse le sostanze alimentari guaste o deteriorate.

La Caterina è nata da genitori sani e robusti; il padre è ancora vivente e vegeto, la madre morì di polmonite nell'età di 65 anni; ha una sorella, che porta una lussazione del femore per cotilite. Attendeva alla tessitura della tela di canapa, che in quei paesi si fa con telai primitivi messi in moto con le estremità inferiori dalla stessa operaia, tenuti per il solito in una camera al piano terreno, scarsa di luce, senza impiantito, umida come pare che si richieda per la lavorazione del tessuto.

Conta ora 38 anni, e ne aveva 28 quando prese marito. Da ragazza non ebbe malattie. Fu quattro volte gravida; la prima gravidanza passò felicemente e terminò con un parto pure felice un anno dopo il matrimonio; allattò per 22 mesi l'unica sua bimba, che è tuttora vivente. L'allattamento si protrasse per cin-

que mesi della gravidanza susseguente; si è durante il medesimo, che iniziavasi il processo osteomalacico con dolori nella cintura pelvica, determinati ed accresciuti dal camminare; il parto compievasi fra sofferenze grandi e mali trattamenti per parte del marito; il feto venne alla luce morto in presentazione di spalla col meccanesimo della evoluzione spontanea. Era ben grande la sua miseria o ben duro il marito stante che dovette piegarsi un'altra volta allo allattamento, e diede il seno per 14 mesi al bambino di un'altra donna, quantunque per la impossibilità di camminare costretta fosse a stare tutto il giorno in una stalla umida, povera d'aria e di luce. Smesso lo allattamento, riparò presso i genitori; fatto migliore il vitto e gli altri modificatori igienici, le ossa si consolidarono; potè allora reggersi sulle estremità inferiori e camminare.

Devo qui interrompermi per aggiungere, che in que' monti la osteomalacia è abbastanza frequente, frequentissima poi nella borgata in cui dimorava la Caterina, che è per vero dire tra le più infelici di quel paese; sopra una popolazione di 120 abitanti si contano ora 3 altre donne colpite dalla stessa malattia.

Nell'anno 1875 perduta la madre dovette ritornare nella casa maritale. Rimasta nuovamente incinta la gravidanza aveva termine con l'aborto spontaneo verso il quinto mese.

La gravidanza ultima decorse senza alcun dolore pelvico, nè molestia alcuna nè nello incesso, nè nello stare seduta; essa potè senza sofferenze continuare sino alla fine nel suo mestiere di tessitrice. Non ricorda la data dell'ultima mestruazione nè quella dei primi moti fetali.

I dolori del parto si manifestarono nel mattino del giorno 30 novembre dell'anno testè andato; verso le 3 pom. le fu amministrata la segala cornuta. Pare che le difficoltà iucontrate nel secondo parto siano state veramente grandi, imperocchè la partoriente, contro l'usanza delle sue conterranee, si affrettò a dimandare il soccorso intelligente dell'arte abbastanza per tempo. L'ostetrico chiamato non potè giungere presso la paziente che verso le ore 7 della sera; trovò l'utero ancora sotto l'influenza della segala cornuta perchè tetanicamente contratto; ancora intere le membrane, rilevò subito il grave vizio del bacino; fece conoscere come il parto non si sarebbe effettuato senza il taglio cesareo; per il momento prescrisse una pozione laudanata; frattanto, incalzando le contrazioni uterine, prima che il laudano arrivasse,

si ruppero le membrane. I parenti si opposero alla operazione proposta e dimandarono un altro ostetrico; questi venne nelle prime ore del giorno successivo (1 dicembre); credette operazione ancor possibile la embriotomia; la speranza di vedere il bacino aprirsi, dilatarsi, come talvolta nell' osteomalacia succede, spiega come si sia potuto pensare al parto artificiale per la via naturale; infatti pareva, così mi venne riferito, che il bacino si fosse d'alquanto ingrandito. La embriotomia per circostanze indipendenti dagli ostetrici riuniti in consulto non si potè intraprendere, che in sulla sera del giorno in cui si era divisato di praticarla; non si riuscì a collocare il forcipe; nè più fortunati si fu con l'uncino acuto; più esercitati alle operazioni manuali che alle istrumentali, si pose qualche fiducia nel rivolgimento: anche questa prova fallì.

Dopo le operazioni inutilmente tentate da ostetrici non certo imperiti ed avvezzi alle difficoltà dell'arte la partoriente, le cui condizioni si erano fatte gravi, ed i parenti suoi piegarono finalmente il capo alla necessità e si prese il partito di trasportare la donna all'ospizio della maternità. Il trasporto venne fatto con i maggiori riguardi in parte sopra una barella improvvisata per strade disagevoli, in parte per ferrovia. La donna perdè sangue dai genitali per tutta la notte, che essa passò in viaggio; le contrazioni si erano, durante questa, fatte addirittura violente ed i dolori di pari intensità. Giunse in Clinica alle ore 8,30 ant. del giorno 2 dicembre.

La visitai alle ore 9 e mezzo in presenza della scolaresca. L'aspetto è quello di persona affranta, accasciata da gravi patimenti; bassa è la statura; nè lei nè i suoi, notarono però che si fosse negli ultimi anni accorciata. Il capo nulla presenta di notevole nella forma; neri i capelli; non sporgente la mandibola inferiore; i denti distribuiti regolarmente, di cui alcuni cariati; il collo nella giusta direzione; il petto è ben conformato; non disturbate le funzioni cardio-polmonari; la colonna vertebrale, fatta eccezione della regione lombo-sacrale, di cui più sotto si dirà, non presenta deviazioni; è un po' sottile il pannicolo adiposo sotto-cutaneo, e poco sviluppata la musculatura. Le estremità sono ben conformate, terminano sottili ed aggraziate. Chi si limitasse ad un esame superficiale sarebbe portato a credere normale la struttura dello scheletro: si viene tosto in parere contrario se si osserva il bacino ed il ventre. Questo è duro, teso, resistente, voluminoso; manifesta la obliquità anteriore dell' utero, che è di

figura ovale nel senso verticale. Le contrazioni, che tanto la tormentarono durante la notte, sono cessate intieramente. Le intestina notevolmente meteorizzate, chiuso l'alvo; il ventre dolente alla pressione e teso l'utero; con la palpazione non fu dato di conoscere la presentazione appunto per la durezza rigida dei muscoli addominali; nè si poterono sentire le piccole parti fetali perchè l'utero vuoto di acque, addossato e stretto sul corpo fetale. Il fondo dell'utero arriva alla regione epigastrica; lo abbassamento, che è proprio degli ultimi giorni della gravidanza, venne impedito dalla stenosi pelvica. Il volume dell'utero è come nella gravidanza a termine; il che concorda con lo sviluppo del feto. Non si sente nè il battito cardiaco, nè il soffio uterino. Tiene le coscie leggermente flesse sul bacino, soffre nello estenderle; sporgente la sinfisi pubica, depresse le branche orizzontali del pube; profonda la insellatura sacro-lombare.

Nel mattino prima di entrare in Clinica e dopo la ammessione ebbe varie volte vomito, che fu non difficile, con reiezione di sostanze biliari. Lo stato generale mi parve assai più grave di quanto si sarebbe potuto derivare dal polso = 120, dalla respirazione = 28, e dalla temperatura = 37, 4. La resistenza, la tensione, la addolorabilità del ventre e la rigidità dell' utero accennavano evidentemente, a mio avviso, ad irritazione manifesta se non ad infiammazione dichiarata. Di già prima di addivenire all'esame del bacino la diagnosi della viziatura pelvica da osteomalacia era evidente. Le parti genitali esterne si mostrano tumefatte, infiltrate, dolenti; in corrispondenza della parte destra dell'ostio vulvo-vaginale a poca distanza dalla sinfisi pubica scorgesi una soluzione di continuità, di figura ellittica col massimo diametro nella direzione del canale vaginale, alquanto profonda, la quale incomincia a suppurare; pare che fosse questa la sorgente della emorragia che tenne dietro ai tentativi di liberazione. Dalle vie generative scola in poca quantità un liquido fetente, di color giallastro; le branche ascendenti dell'ischio sono d'assai ravvicinate e foggiate ad omega; poco innanzi delle tuberosità ischiatiche il dito si trova allo stretto fra superficie ossee, mentre sotto il legamento triangolare pubico si move con qualche libertà; convergenti le tuberosità ischiatiche; il diametro che tra esse si misura venne riconosciuto di 5 cm.; molto concavo il sacro; introflesse le pareti cotiloidee; la coniugata vera, rapporto al campo utile per il parto, venne valutata non maggiore di 5 cm.; le ossa

pelviche piuttosto grosse, rigide, senza cedevolezza alcuna, ed indolore alla pressione. La pelvimetria esterna istrumentale venne tralasciata per lo stato grave in cui versava la donna, e perchè giudicata inutile. Con difficoltà si giunge al collo dell'utero, che è centrale ed elevato; la dilatazione è di 6 cm.; la parte presentata è molto alta; al tatto si para molliccia; con stento si riconosce la testa, di cui si toccava il cuoio capelluto sollevato in pieghe.

Riassumiamo: donna IVpara in soprapparto da ore 52; feto morto in via di putrefazione; bacino osteomalacico inflessibile, triangolare nell'ingresso, a pareti laterali notevolmente convergenti; la C. V. e il diametro interschiatico di 50 cm.; stato irritativo dell'utero e del peritoneo.

Non ostante la accertata morte del feto e le sfavorevoli condizioni della partoriente la indicazione al taglio cesareo era per me chiara, evidente, assoluta. Divisai di praticarla facendola seguire dall'amputazione sopra-vaginale dell'utero.

L'operazione venne fissata per il tocco; si ristorarono le forze della donna con qualche cucchiaiata di vino generoso; si sedò il vomito con pezzettini di ghiaccio; mancava il tempo per dare un purgante con lo intento di diminuire la pressione addominale svuotando gli intestini; nè si diede il bagno nè il semicupio alla donna, come son uso di fare nelle partorienti tutte, perchè essa non trovava sollievo che dal riposo. Scelsi la camera del parto, in cui da più di un mese non si era sgravata alcuna donna, avendo adottato il sistema di fare partorire le donne nella stessa camera e nello stesso letto, in cui devono stare per i primi giorni del puerperio; era la sola camera in cui si potesse in quel tempo ed in breve ora elevare la temperatura al grado voluto; è esposta a levante; le finestre danno nel cortile interno.

M'assisterono e mi coadiuvarono nell'atto operativo il Dott. *Novaro*, ora chirurgo primario dello spedale di S. Giovanni, i due assistenti dell'Istituto, *Bergesio* ed *Inverardi*, il dottore collegiato *G. Berruti* ed i cinque allievi della guardia settimanale. Il letto venne collocato dirimpetto alla finestra; i piedi della paziente erano verso questa rivolti; bella la giornata e sereno il cielo. Prima di dare principio all'atto operativo si riconobbe la temperatura = 37, il polso = 120 ed il respiro = 26.

Si rasero i peli del pube, si lavò per bene tutto il campo dell'operazione con robusta spazzola ed acqua saponata, e poi con acqua fenica 5 %. Si svuotò la urocisti, e in questa si pose un

catetere metallico assai più lungo di quello che viene comunemente usato nel cateterismo muliebre, ed a curva più risentita.

Ottenuta la completa narcosi cloroformica feci una incisione sulla linea mediana della lunghezza di 10 cm., la quale incominciava 3 cm. sotto la cicatrice ombelicale e terminava 5 cm. al disopra della sinfisi pubica; fu bastante per la estrazione facile del feto: si divisero con mano sospesa strato a strato le pareti addominali con tutta esattezza sulla linea mediana; non fu necessario applicare alcuna pinzetta emostatica perchè quasi nullo lo stillicidio sanguigno; le spugne bastarono a toglierlo.

Quando stava per dividere il peritoneo, raccomandai una particolare vigilanza all'aiuto incaricato di tenere le pareti addominali a contatto dell'utero perchè era a temersi la fuga degli intestini; infatti appena inciso il peritoneo un'ansa del tenue interposta fra l'utero e la parete addominale anteriore venne fuori dal lato sinistro per l'angolo inferiore della ferita; si ripose immediatamente nel ventre, e si tenne in sito con garza fenicata immersa sul momento nell'acqua calda fenicata. Ma un altro fatto venne a colpire la nostra attenzione; appena aperto il peritoneo uscì siero tinto uniformemente di sanguigno in copia molto più grande di quel che si è soliti di vedere in consimili circostanze; mi fece nascere il sospetto di lacerazione limitata dell'utero stante che non poteva questo sangue provenire dalla ferita addominale. L'utero era allo scoperto; lo incisi in alto, e la fatta incisione dilatai su verso il fondo con rapido taglio; si era caduti sulla sede della placenta, ed il sangue fluiva da numerosi vasi all'esterno perchè mantenuto sempre strettamente a contatto l'utero con la superficie addominale anteriore; si estrasse il feto afferrandolo per i piedi che erano situati nella zona superiore avendo il feto rivolto il dorso verso il lato sinistro; subito dopo si estrasse la placenta. L'utero venne portato fuori dalla cavità addominale, involto sollecitamente in una pezza per impedire la caduta del sangue nel cavo del peritoneo, e tenuto perpendicolarmente al piano addominale; in questo istante alcune anse intestinali si fecero procidenti dall'angolo superiore della ferita, vennero senza ritardo rimesse in sede. Si attraversarono le pareti uterine, portate a contatto, nel segmento inferiore alquanto sopra il livello dell'orificio uterino dall'indietro all'innanzi coll'ago a lancia del *Kaltenbach* fornito di un robusto cordone addoppiato di gomma elastica; venuto fuori l'ago per intero dalla trama uterina il seg-

mento inferiore rimase attraversato da due cordoni elastici. La legatura si fece nel seguente modo; dopo essermi assicurato che aveva in mano gli estremi dello stesso cordone, tirai su di essi con forza sufficiente da allungarli di due terzi poscia li accavallai sulla parte esterna del moncone in modo da invertire addirittura la direzione degli estremi; la accavallatura venne fissata con un robusto filo di seta fenicata più volte annodato; dal lato opposto si ripetè lo stesso procedimento; i cordoni non scivolarono in basso. L'utero venne tagliato un centimetro e mezzo sopra il cingolo; la sezione risultò perfettamente anemica, beanti si vedevano arterie del calibro della radiale; il cono cervico-uterino risultò abbastanza lungo da potere essere con facilità e senza tensione fissato in corrispondenza dell'angolo inferiore della ferita; per meglio assicurare lo stringimento del cono con la parte, che sopravanzava di un cordone, si circondò tutto il moncone e si allacciò; la parte sopravvanzante dell'altro si annodò sulla superficie di sezione dello stesso moncone dopo che riunita la ferita quella era stata toccata col termo-cauterio del *Paquelin*. Il peritoneo venne lavato con acqua timica (timol. 1 $^0/_{00}$) alla temperatura di 40°, che sortì limpida dopo il primo getto. Non è inopportuno lo avvertire che il peritoneo in quel punto che venne messo allo scoperto nei contorni della ferita, si mostrò iniettato; la iniezione non era così distinta sulla lamina viscerale rivestiente l'utero forse perchè meno pronunciata o meno appariscente per il colore turchino dei vasi uterini sottostanti.

Prima di procedere alla riunione volli diminuire la profondità di quel seno, che era abbastanza grande, a forma triangolare, il quale ha per limite la superficie anteriore del cono cervico-uterino, la parete addominale per quel tratto, che è sottostante all'angolo inferiore della ferita, e la sinfisi pubica, in cui spesso si annida un fomite flogistico; a questo intento estesi la incisione in basso per 2 cm. circa. Volli fare la sutura con cura particolare; riunii dapprima con due punti di catgut il peritoneo parietale con la cute in corrispondenza dell'angolo inferiore della ferita; si congiunsero di poi le superficie sierose con sutura profonda a punti staccati eseguita con fili di seta fenicata facendo passare l'ago dall'interno all'esterno e comprendendo tutta la spessezza delle pareti addominali; la distanza tra i fili era di 2 cm.; prima di annodarli si collocarono tutti in sito; con 10 punti di sutura pure a punti staccati fatta con fili di catgut e disposti a giusta

distanza tutto all' ingiro si fece combaciare il peritoneo uterino col parietale facendo uso di aghi sottili e molto curvi. Mi pare inutile lo aggiungere che la sutura utero-parietale comprese quella zona del peduncolo immediatamente sottostante alla legatura; al disotto del peritoneo viscerale vedevansi turgide e piene di sangue le vene che vennero lasciate illese dall' ago, per ciò non si ebbe emorragia. Con due punti di sutura intercisa profonda l' uno sopra, l' altro immediatamente sotto il moncone, e con varii punti di sutura intercisa superficiale, la riunione, che fu la parte più lunga della operazione, venne condotta a termine. Il combaciamento della superficie cruente risultò perfetto, esatto; il peduncolo aderente per bene tra le labbra della ferita; si credette superfluo il trafiggerlo per maggiore sicurezza con aghi speciali come usa il *Pean*.

La operazione venne rigorosamente condotta col metodo Listeriano e con le stesse norme medicata la ferita; la temperatura della camera si mantenne sempre non inferiore a 20°. Si circondò il ventre con una fascia di flanella a corpo fissata con grossi aghi a punta nascosta. L' operazione durò in tutto un' ora. La donna perdette poco sangue.

Il ventre anche dopo l'atto operativo continuò ad essere teso, resistente, arcuato, in breve con la stessa forma, che fa senz'altro pensare alla peritonite. T. 36.4, P. 120, R. 18. Fredde le estremità. Si praticarono due iniezioni sottocutanee di etere solforico.

Ore 5. P. M. T. 37.5, P. 120, R. 20. La donna non si lamenta di tensione nella sede della ferita, ma soltanto di un po' di bruciore; prende ogni ora 2 cg. di estratto gommoso del *Baumé*, brodo ristretto e qualche cucchiaiata di vino generoso. Pare accresciuta la tensione del ventre.

Ore 11.45. Brivido della durata di 15″: T. 39,4, P. 120, R. 28. Orine nerastre fetenti, sudore abbondante, alvo chiuso, non vomito, faccia composta. Ipersolfato di chinina 1 gr.

3 dicembre. Passò la notte in stato di perfetta calma. Alle ore 8 ant. un secondo brivido della durata di 20″; T. 38.8, P. 140, R. 24. Più teso il ventre e più arcato; dolente spontaneamente, ancora più dolente alla pressione. Immediatamente sovra il peduncolo fra due punti di sutura si fa passare una cannula di stagno non stata ancora adoperata, e si fa una lavatura di acqua timica a + 40°; la donna non si lagna; l'acqua ritorna perfetta-

mente limpida ed inodora; si mette un tubo di drenaggio di discreto calibro, che si porta quasi sino nello spazio del *Douglas*. Nel pomeriggio si rinnova la lavatura con gli stessi risultati. Decadono visibilmente le forze; la respirazione si fa incompleta e superficiale; la malata non si lamenta che di spossatezza. Alle ore 3 pom. T. 39. 8, P. 156, R. 24. Senza sofferenze si spegne alle ore 8 pom., 29 ore dopo la operazione.

L'autopsia venne fatta nella sera del 4 dicembre dal Dott. *Rattone*, a questo incarico deputato dal professore di anatomia patologica.

Eccone il processo verbale:

L'abito esterno presenta nulla di particolare, se si fa eccezione del ventre; questo è notevolmente tumido ed arcuato; presenta una incisione che si estende per la lunghezza di 12 cm. sulla linea mediana nella regione sotto-ombellicale riunita con 10 punti di sutura intercisa; in corrispondenza dell'angolo inferiore sporge il moncone uterino, sul quale stanno annodati due cordoni di gomma elastica; edema ragguardevole dei genitali esterni.

Aperta la cavità peritoneale con due iniezioni laterali viene fuori in quantità non grande siero purulento, che stava raccolto nelle regioni lombari. Il ventricolo e le intestina notevolmente distese da gas; il grande epiploon è spiegato e scende sino a 15 cm. dalle ossa pubiche. Il peritoneo tanto viscerale, che parietale è fortemente iniettato; le anse intestinali sono qua e là riunite per aderenze di data recente; aderenze della stessa natura riuniscono pure in varii punti il peritoneo parietale con il viscerale. Tanto la iniezione che gli essudati si osservano più marcati in corrispondenza della fossa iliaca sinistra. Leggiere ecchimosi sotto-peritoneali nel cono cervico-uterino ad una certa distanza dal cingolo e nella porzione dei legamenti lasciata in sito. Nel tessuto celluloso sotto-peritoneale della fossa iliaca sinistra è infiltrato in discreta quantità sangue aggrumato, nerastro; la infiltrazione sanguigna si estende fra le pagine del legamento largo della stessa parte e scende nel lato sinistro della cavità pelvica; la quantità del sangue stravasato è approssimativamente di 100 gr.; verso la parte destra posteriore della porzione conservata dell'utero si nota una lacerazione, che già ha vestito la forma ulcerativa, la quale interessa il peritoneo e le fibre muscolari più esterne; è di figura ovale col massimo dia-

metro secondo l'asse maggiore dell'utero, della lunghezza di 3 cm. e della larghezza di 15 mm.; l'estremo inferiore dista 3 cm. dall' orificio esterno dell'utero, ed il superiore pure 3 cm. dalla legatura; il che conchiude a dire che il segmento inferiore dell'utero, compresa la regione cervicale ed esclusa la zona destinata a distaccarsi e cadere come corpo morto, è di 9 cm. Nelle vicinanze di questa soluzione di continuità sempre sulla faccia posteriore se ne avverte un'altra più piccola e non più profonda, pure arrossata sui margini; messa allo scoperto la superficie interna della zona inferiore dell'utero si vede come spalmata di materia molliccia semi-liquida di colore verdastro come si osserva, nell'endometrite settica. Sulla vagina in alto si avvertirono tre piccole lacerazioni superficiali. Nella vescica evidenti i segni di catarro acuto; nei reni indizi di nefrite diffusa.

Esaminata la ferita sulla superficie addominale si dà a divedere molto bene riunita dai fili stati applicati; nei dintorni della medesima compreso il peduncolo non si vedono segni di particolare irritamento; nè vi venne osservato alcun punto di suppurazione; alla lamina parietale anteriore si è pure diffusa la peritonite, ma non è la regione ove si faccia vedere in prevalenza.

Il bacino si compone di ossa forti, grosse, resistenti; la forma è caratteristica della causa che ne produsse la viziatura siccome le prese dimensioni, che quivi si riferiscono, lo dimostrano:

Altezza del sacro in linea retta .	58	mm
» dell'osso iliaco sinistro .	189	»
» » » destro .	185	»
» della sinfisi pubica . . .	47	»
Diametro Sp. I.	253	»
» Cr. I.	286	»
» C. E.	155	»
» Trasverso dello stretto superiore	118	»
» Obliquo sinistro (1) . .	120	»
» » destro . . .	98	»
» Sacro-sopra-pubico . .	103	»
» Dal disco cartilagineo vertebro-sacrale all'orlo della sinfisi pubica . .	74	»

(1) Dal cotilo sinistro alla sinfisi sacro-iliaca destra.

Diametro dal ciglio superiore del corpo della 5ª vertebra lombare all'orlo della sinfisi pubica	66	mm
» Cocci-pubico	95	»
Inter Ischiatico posteriore	74	»
Inter Ischiatico mediano	55	»
Inter Ischiatico anteriore	37	»
Diametri di *Burns* (dal promontorio al punto più depresso della branca orizzontale del pube) a sinistra	75	»
» a destra	65	»
Distanza sacro-cotiloidea sinistra	62	»
» » » destra .	50	»
Distanza dal punto mediano superiore del corpo della 5ª vertebra lombare al cotilo sinistro . .	64	»
Distanza dal punto mediano superiore del corpo della 5ª vertebra lombare » destro . .	51	»
Distanza dal punto mediano superiore del corpo della 5ª vertebra lombare al punto più depresso della branca orizzontale del pube sinistro	57	»
Distanza dal punto mediano superiore del corpo della 5ª vertebra lombare Id. a destra	42	»

La superficie anteriore del sacro forma un angolo acuto, il cui apice corrisponde al centro; la branca superiore misura 57 mm la inferiore 65 mm.; l'altezza dell'angolo, rappresentante la saetta dell'arco sacrale, è di 58 mm.

Il pezzo anatomico costituito dall'utero esportato pesa 865 gr.; la incisione passa sul fondo per estendersi più sulla superficie posteriore, in alto s'avvicina al margine sinistro presso la inserzione dell'ovidutto; esaminata in complesso, coll' organo riposto nella giusta direzione e ne' suoi anatomici rapporti, risulta obliqua dall' alto in basso e da sinistra a destra; si vede che nel momento in cui l'utero venne diviso era obliquo a destra notevolmente e rotato sull'asse longitudinale in modo da rivolgere allo innanzi il lato sinistro; fatta la prima incisione penetrante nella cavità uterina venne ingrandita traendo il fondo fra le labbra della ferita addominale con lo scopo di tenerla lontana dal segmento inferiore. L' angolo inferiore della ferita sta allo innanzi 8 cm. sopra la sezione della amputazione e posterior-

mente 22 mm. La superficie della sezione posteriormente risultò orizzontale trovandosi il peritoneo ed il tessuto muscolare allo stesso livello, anteriormente apparisce obliqua dal basso all'alto, dallo indietro allo innanzi per la direzione data al tagliente avvegnacchè il peritoneo non si scorge tratto in basso. La spessezza delle pareti uterine nella zona mediana e nella zona superiore è di 2 cm. La placenta stava inserita verso il fondo ed a sinistra.

Il feto di sesso maschile era in stato di putrefazione incipiente; pesava gr. 2705, essendo lungo 52 cm. Il diametro O. M. misurava 130 mm., l'O. F. 113 mm., il B. T. 83 mm., il B. M. 78 mm., il biparietale anatomico 94 mm ed il biparietale ostetrico 88 mm. Non presenta alcuna offesa traumatica.

La ossificazione del capo era quella che si osserva nei feti a termine.

Offre questa osservazione la opportunità per varie considerazioni, che alla mia mente si presentarono nella assistenza o nella esposizione del fatto clinico; nè a tutte quivi intendo dare sfogo, nol concede l'indole del lavoro. Dirò soltanto di quelle, che hanno più diretti rapporti con la pratica e che forniscono gli elementi per l'equo apprezzamento della operazione. Rivedrò quindi la indicazione, ed esaminato quel momento dell'atto operativo, che riguarda la formazione del peduncolo uterino, con critica analisi andrò alla ricerca della causa della morte.

Lo stabilire le indicazioni per il taglio cesareo essendo premorto il feto è opera talvolta difficile, sempre poi delicata e riguardosa assai; il porne le fondamenta con rigore scientifico e pratica prudenza è sommo dovere. S'intende che quando alla madre si può offrire la salvezza della creatura in compenso del sacrifizio, che le si impone, e dei pericoli grandi, che deve attraversare, si può mettere mano al taglio cesareo nei vizi pelvici anche non estremi; ma se per contro la vita del feto è cessata concedere non si può all'ostetrico di mettersi per questa via, che quando la embriotomia apporta pericoli manifestamente superiori a quelli della laparoisterectomia sopra-vaginale, se pur quella è operazione che si possa condurre a termine.

Ciò premesso, passiamo al caso concreto. Se si getta lo sguardo sul bacino, tosto si vede che la parete posteriore venne addirittura schiacciata dal peso della colonna vertebrale, e la 5ª vertebra lombare discese a sostituire il sacro nella funzione anato-

mica del promontorio; in queste mie riflessioni distinguerò con questo nome il punto mediano superiore del corpo della 5ª lombare. Il cotilo destro è assai più depresso del sinistro, che pure lo è in vistosa misura; fra il promontorio e il punto in cui è maggiormente introflessa la branca del pube di destra si misura soltanto la distanza di 42 mm sottraendo per il parto quasi intieramente la metà destra; stante il ravvicinamento e la direzione nel senso antero-posteriore presa dalle branche orizzontali del pube per un certo tratto conviene togliere 2 cm. al diametro promonto-pubico, e viene in questo modo la C. V. nel valore pratico stabilita di 46 mm. L'area utile per il parto risulta quindi assai ristretta, ed è asimmetricamente disposta. Se la viziatura fosse stata limitata allo stretto superiore, come si osserva per l'ordinario nei catini deformati dalla rachitide, certo sulla morte del feto, sulla iniziata putrefazione del medesimo e vistone il moderato sviluppo, avrei dato la preferenza alla embriotomia. Fatta la trapanazione craniana ed ottenuta in modo completo la uscita della massa encefalica, con le tanaglie basiotomiche scassinata la base, con il cranioclasta o con l'uncino acuto si sarebbe forse potuto estrarre la testa; non parlo degli istrumenti embriotomici a branche simmetriche di impossibile applicazione nella pelvi sì ragguardevolmente deformi, nè dello sfenotribo dell'*Hubert*, che sebbene particolarmente conveniente in questi casi speciali in tanta angustia mi pareva istrumento di soverchio massiccio. Non è la difficoltà, non è la gravezza delle operazioni embriotomiche, che mi distolsero dal metterle in atto, ma l'acquistata convinzione che il mettermi per questa via andava incontro ad ostacoli insuperabili. Abbassando con forza la commettitura vulvare posteriore fra le branche ascendenti dell' ischio si acquista uno spazio appena di 4 cm. Con una sì grave stenosi nei due distretti terminali del bacino ho giudicato impossibile il portare il feto alla luce per la via naturale: l'esame del bacino, ora in preparazione, mi ha dimostrato come io mi sia apposto al vero.

Altre ragioni si aggiunsero per sospingermi nella direzione seguita senza esitazione. Il feto era in stato di manifesta putrefazione, che con tutta probabilità gettato già aveva nell'utero il germe dell'endometrite settica; il quale si poteva in massima parte togliere con la amputazione sopra-vaginale nello stesso tempo, che si metteva l' organismo della donna nella migliore condizione per conseguire la guarigione stabile dalla osteo-malacia.

La trasformazione del segmento inferiore dell'utero in peduncolo e il governo di questo è parte importantissima dell'operazione del *Porro*. Diede questi la preferenza al metodo estra-peritoneale; strinse il moncone con un grande serranodi attorcigliatore del *Cintrat* armato di un grosso filo di ferro. Il felice risultamento e la razionalità del metodo procurarono al *Porro* molti seguaci ed imitatori; infatti il serranodi del *Cintrat* è lo strumento che venne più spesso adoperato. Non è apparecchio scevro d'inconvenienti che già vennero dimostrati dalla sperienza; per la forma a cono della zona inferiore dell'utero l'ansa metallica tende a scivolare in basso con il pericolo di accorciare di soverchio il peduncolo; oltre di ciò per lo stesso fatto fisico succede che il peritoneo si accumula e fassi esuberante sotto il cingolo e distaccandosi dal tessuto connettivo sotto-sieroso forma una lacuna che può farsi sede di ascessi come osservò il *Chiara;* l'ansa nel movimento di torsione si rompe con qualche facilità; si ritorna perciò da capo con notevole perdita di tempo se non si ha preparato in riserva un altro costrittore. Gli operatori cercarono in vari modi di premunirsi contro lo scorrimento discendente; il *Porro* appoggiò il filo sul tessuto resistente dell'ovario; il *Péan* prima di stringere l'ansa collocò un grande ago sotto la medesima; il *Tarnier* (20 marzo 1879) strinse il moncone con due anse, tra le quali collocò un lungo e robusto ago; in una operazione da me fatta li 17 gennaio 1879 servendomi di un trequarti curvo di piccolo calibro portai due fili di ferro ricotto del diametro di 1 mm nella spessezza del peduncolo, di poi con due serranodi del *Cintrat,* piccolo modello, vennero le due metà strette separatamente. Pareva che questi inconvenienti tolti venissero con lo schiacciatore del *Chassaignac* stato adoperato dallo *Spœth*, dal *Chiara* e da altri; la catena essendo assai più robusta, non v'ha pericolo che si spezzi; la linea strozzante essendo più estesa ed irregolare di superficie deve rendere più difficile lo scivolamento; il *Welponer* per queste prerogative se ne dimostrò partigiano. Il distacco del peritoneo non è evitato neppure con la catena dello schiacciatore; l'ha osservato il *Chiara* nella ovaro-isteroectomia fatta nella Maternità di Milano li 25 febbraio 1880; per impedire lo scivolamento posta la catena sotto l'ovario con le dita fece ostacolo alla discesa. Ma ben più grave accidente accadde al *Wasseige* (3 agosto 1878); la catena tagliò il tessuto uterino forse meno resistente dell'usato, e dovette affrettarsi a

mettere mano al serranodi del *Cintrat.* Il *Carlo Braun Ferwald* non riuscì a rendere perfettamente anemico il moncone con lo schiacciatore.

Il *Fehling* non potendo applicare a dovere l'apparecchio del *Cintrat* si servì con vantaggio del clamp di *Spencer-Wels* (1).

La mente dei chirurghi così attiva nel trarre profitto dei prodotti dell'industria in servizio dell'arte non poteva lasciare lungamente nell'obblìo quell'eccellente materiale per la legatura, che è fornito dalla gomma elastica. Il *Franzolini* (11 aprile 1878) per frenare il sangue, che sgorgava abbondante dalla sede della placenta, su cui era caduto il taglio, strinse l'utero sotto i legamenti larghi con grosso tubo di gomma elastica; in questo caso la legatura elastica si può considerare come mezzo per mettere temporaneamente termine alla emorragia, stante che la operazione venne fatta esclusivamente per la salvezza del feto essendo la donna giudicata perduta per malattia polmonare. Per l'emostasi provvisoria il *Welponer* (2) consigliò l'apparecchio dell'*Esmark*; venne ascoltato dal *Fehling* e dal *Liztmann.*

Della superiorità delle sostanze vegetali elastiche sui corpi metallici sia sotto la forma di un filo, o di più fili riuniti in cordicella, o foggiati a catena si persuasero il *Kleberg* ed il *Kaltenback.*

Il *Kleberg* di Odessa (8 luglio 1878) dovendo praticare l'amputazione sopra-vaginale dell'utero per sarcoma attraversò il segmento inferiore dell'utero dall'avanti in addietro con un trocarre curvo del diametro esterno di 1 cm.; tolto il punteruolo introdusse nella cannula quattro tubi (*drains*) elastici della grossezza di 5 mm.; accoppiati i tubi ed allungati quanto era possibile li annodò sotto l'ovario; il nodo venne tanto in un lato che nell'altro rinforzato con la legatura fatta con filo di seta; il moncone cadde nel 12° giorno; la donna guarì (3).

Al trocarre adoperato dal chirurgo di Odessa il *Kaltenbach* so-

---

(1) Del metodo intra-peritoneale non parlo perchè molto raramente usato nel regime del peduncolo dell'utero gestante. Il *Taylor* di New-York, il *Veit* ed il *Litzmann* affondarono il peduncolo e dopo averne fatto la legatura segmentata con seta fenicata, o dopo averlo riunito con la sutura.

(2) *Contribuzione allo studio della ovaro-isterotomia cesarea.* — Dallo *Sperimentale.* Firenze 1879.

(3) T. Letousey. *De l'hysterectomie sus-vaginale par la voie abdominale dans le traitement des tumeurs uterines en dehors de la grossesse.* Paris 1879.

stituì felicemente un ago a lancia ideato per lo speciale intento di mettere in atto il cingolo elastico nella amputazione sopravaginale dell'utero per indicazioni non ostetriche; era però facile il vedere come nel tessuto uterino fatto molle e cedevole dalla gestazione i corpi elastici fornissero una presa ancor migliore e più efficace. Mi riesce gradita la occasione di potere in questo punto ringraziare il Prof. *Hegar* di Friburgo e segnatamente il *Bischoff* di Basilea, i quali fra molte altre cortesie mi usarono pure quella di farmi conoscere l'apparecchio del *Kaltenbach* per la costrizione del peduncolo uterino; si compone quest'apparecchio dell'ago già menzionato, di un cordone elastico e di un semi-canale in legno per la congiunzione del cingolo.

Ago del *Kaltenbach* veduto di ato — grandezza eguale al vero.

L'ago misura in lunghezza 14 cm.; è appiattito e leggermente curvo sulla parte piatta che per il tratto di 3 cm. è bi-tagliente sui margini; per la restante parte prende la figura tondeggiante col diametro massimo di 8 mm; la parte posteriore, destinata a ricevere il cordone addoppiato, consiste in una cannula della lunghezza di 4 cm., la quale s'avvita in quel punto dove sta la parte più grossa dello strumento; il diametro interno della cannula è di 5 mm; termina con una intaccatura angolare che si continua sotto la forma di fessura sulla superficie superiore ed inferiore, disposizione questa che permette una leggera dilatazione della cannula. Il cordone è in gomma elastica vulcanizzata delle migliori fabbriche; nè dilatato nè compresso è del diametro di 5 mm, anche tirato con molta forza nè si lacera nè si rompe; non si strappò che sotto il peso di 14 kgr. Nel fare questi sperimenti sul cordone, di cui mi era servito per lo strozzamento del peduncolo, ho potuto vedere che si compone di due tubi esattamente concentrici, dei quali l'interno contiene un canaletto centrale quasi capillare. Il munire la cannula dell'agente elastico è cosa assai semplice che non vale la pena di descriverla; scelto un cordone intatto robusto della lunghezza di 50 cm. per lo

meno, si allunga in modo da ridurne il diametro della metà, e poi con filo robusto si trae addoppiato in corrispondenza della parte mediana nella cannula. Il semicanale in legno, è fornito di un manico in filo di ferro che parmi una inutile aggiunta, perchè non serve allo scopo; quando vi si mette il cordone è notevolmente sottile perchè di molto stirato; non ripigliando istantaneamente il primitivo volume, il cingolo si rilascia. Passato lo strumento attraverso l'utero nel senso antero-posteriore e tagliato il cordone addoppiato presso la cannula, l'operatore, dopo essersi assicurato di avere tra le mani gli estremi dello stesso cordone, lo si tira in modo da renderne la lunghezza due volte maggiore, lo accavalla sulla parte esterna del peduncolo, e sul punto dell'accavallatura annoda ripetutamente un robusto filo di seta. Questo processo è assai più sicuro del semi-canale.

Cogli agenti elastici si ha la sicurezza nell'azione, la continuità nella costrizione, ed anche la speditezza nella applicazione; per la somma pieghevolezza facilmente si adattano alla forma delle parti, che seguono in tutte le vicissitudini, nè mai danno fastidio all'operata: E - vantaggio non spregevole - viene evitato il distacco e la accumulazione in basso del peritoneo. Con i cingoli metallici bisogna trovare il giusto punto nella costrizione, cioè forte abbastanza da rendere ischemica la parte, non di troppo da risultarne la dieresi; con la gomma elastica questa difficoltà è tolta; per molte prerogative il laccio elastico risulta adunque superiore al metallico.

Nella fascia anemizzante dell'*Esmarch* è raggiunto l'intento quando la fascia od il laccio allungati vennero del doppio; nella costrizione del peduncolo lo stiramento vuole essere portato ad un grado più elevato stante che vuolsi la ischemia elevata sino alla abolizione delle funzioni della nutrizione.

L'atto operativo verrebbe ridotto a maggiore semplificazione e reso ancor più spedito se si ommettesse di trafiggere l'utero e si venisse ad abbracciare il segmento inferiore dell'utero nello stesso cingolo; il quale si potrebbe scegliere, ove si dubitasse sulla resistenza, di più forte diametro, od anche usare addoppiato; di guisa che tutto l'apparecchio per lo strozzamento si ridurrebbe ad un laccio elastico. Per dire il vero ho nel caso mio tentato questo processo, che per la somma semplicità mi andava proprio a genio; ma per la tema di vedere rompersi il cordone tra le mani non l'ho stretto a sufficienza e la ferita uterina continuava

a dare sangue; ma se usato lo avessi doppio come fece il *Kleberg* si sarebbe certo potuto portare lo stringimento al grado voluto.

Nella sutura ho avuto di mira il riunire superficie sierosa con superficie sierosa; sortì lo stesso intento il *Mangiagalli* (1) trafiggendo con un ago lanceolato a punta mobile le pareti addominali ed il moncone al disotto dell'ansa costrittrice e comprendendo il tutto con la sutura attorcigliata metallica. Con questo processo l'affrontamento è esatto, ma si cade nello inconveniente di accrescere la massa delle parti, che deve cadere in necrosi e rendere maggiore la breccia, che sarà più tardi riempita dal tessuto di granulazione; venne perciò abbandonato nella stessa scuola ove era stato messo in pratica. A me pare preferibile il riunire il peritoneo parietale col viscerale del cono uterino tutto all' ingiro con sutura a punti staccati fatta con fili di catgut.

La donna morì di peritonite. Era questa generale, ma il fomite principale per intensità e per ordine di tempo stava nella regione iliaca sinistra; quivi si notava sangue infiltrato ed aggrumato nel tessuto sotto-peritoneale; quivi maggiore la iniezione ed in maggiore copia gli essudati. Conviene ricordare che l'utero in questa donna venne nelle due zone superiori trovato notevolmente spesso, quindi la capacità contrattile doveva essere notevolmente elevata osservandosi proporzionata alla massa muscolare; nella notte, che precedette l' atto operativo, i dolori, stando a quanto riferì la paziente, e le persone che la trasportarono alla Clinica, furono veramente immani; la testa fissa sullo stretto superiore occupava proprio quello spazio che da alcuni è conosciuto sotto il nome di canale cervico-uterino di *Braune*, che si contraddistingue per le pareti di molto sottili; il collo dell'utero ridotto all'orificio esterno era in via di dilatazione; concorrevano in breve le condizioni le più efficaci per dare luogo alla rottura dell'utero nella zona inferiore; onde la lacerazione del peritoneo e delle fibre muscolari più superficiali, che venne notata in sulla linea di confine fra il lato destro e la superficie posteriore, la quale fece sanguigno lo siero peritoneale; ma in questa soluzione di continuità non vennero offesi vasi di qualche riguardo perchè superficiale ed all' infuori della regione uterina, che è compresa tra le pagine dei legamenti larghi. Diversamente andarono le cose riguardo al margine sinistro, che, come tutti sanno, dopo

(1) *Annali di Ostetricia, Ginecologia*, ecc. Settembre 1879.

la parete posteriore è la regione uterina la più esposta alle rotture sia perchè spesso vi corrisponde l'occipite del feto, sia per la obliquità uterina destra così frequente, che spinge la massa intestinale mobile verso sinistra, la quale offre all'uterò un sostegno meno resistente di quello fornito dall'azione immediata delle pareti addominali; ambidue i fattori osservaronsi riuniti nel caso ora allo studio. Non v'ha dubbio che la sorgente del sangue che s'infiltrò nel tessuto sotto-peritoneale della fossa, iliaca sinistra e nella cavità pelvica dello stesso lato, riporre non si debba nella rottura dei vasi del lato sinistro della regione cervico-uterina. D'altronde non occorre che io mi adoperi per deeterminare con precisione la sede della lesione vascolare, che diede luogo alla emorragia interstiziale; per mettere in sodo la origine e la causa vera della peritonite basta il ricordare la raccolta sanguigna della fossa iliaca sinistra. imperocchè è noto, che quando il peritoneo viene distaccato dai tessuti sottostanti per infiltrazioni sanguigne ne segue mortale peritonite. Arrogi che in quel punto i segni anatomici della peritonite erano assai più spiegati. Credo anzi che questa fosse già ordita quando venne fatta la operazione; sta in appoggio di questo concetto il vomito, la resistenza cospicua del ventre, il meteorismo, la addolorabilità e la avvertita iniezione del peritoneo parietale e viscerale. Nè viene punto contraddetta questa idea dalla mancanza della febbre; nelle parametriti, nelle perimetriti la febbre segue il processo locale; non insorgendo per il solito, che quando è gia avviato, e fattosi manifesto con segni abbastanza chiari.

Qui sta bene una dimanda: Era forse possibile lo impedire il corso della peritonite col drenaggio vagino-addominale? S'intende che non l'ho creduto perchè non l'ho fatto. Con la profilassi Listeriana mi pare inutile il drenaggio nel più dei casi. L'emorragia interstiziale sotto-peritoneale e pelvica fu un fatto a me clinicamente ignoto, e se anche fosse stato da me conosciuto, non so come vi avrei potuto provvedere.

Qualche dubbio di trauma nell'utero mi venne dallo osservare il contrasto fra l'attività uterina violenta durante la notte e la consecutiva completa acinesi; quest'ultima però si poteva pure in altri modi spiegare. Non mi preoccupò molto lo siero peritoneale tinto di sangue quando vidi uscire sin dal principio limpida l'acqua timica fatta cadere nel cavo peritoneale; ricordava che in via sperimentale ed a scopo terapeutico vi si può iniettare sangue

in copia anche ragguardevole senza danno alcuno. Se anche si fosse collocato un tubo di drenaggio nello spazio del *Douglas* od attraverso a questo si lasciava in tutta la sua potenza il fomite flogistico, che stava nella regione iliaca sinistra appunto perchè situato fuori della cavità peritoneale.

La donna morì non per gli essudati nè per i versamenti che erano ancora poca cosa, ma per l'azione paralizzante spiegata sul sistema nervoso dalla estensione del processo flogistico. Di fronte a questa forma di peritonite per eccellenza invadente nulla può l'arte nostra; le stesse lavature d'acqua timica a nulla giovarono; la malattia continuò inflessibile il suo corso.

Ecco le considerazioni che — a mio avviso — naturalmente scaturiscono dalla narrata osservazione clinica; si riassumono in apprezzamenti sul cui valore ed aggiustatezza lascio giudice il lettore; egli ha ormai gli elementi in mano per poterlo fare. Nelle operazioni chirurgiche il rovescio, qualunque ne sia la cagione, getta sempre sull'autore una spiacevole impressione; se poi si passa a confronti od anche soltanto a ravvicinamenti può chi ha avuto nelle mani la direzione dell'atto operativo, e vi ha sostenuto la precipua parte, venire posto in luce addirittura sfavorevole; a riguardo mio succede per l'appunto così. Io devo in questo scritto avvicinare (come lo sono per ragione di tempo e di luogo) il mio caso con il fausto successo ottenuto in questa città da altri operatori di me o più fortunati o più abili. Della relazione in cui è narrato il felice risultamento sono necessitato ad occuparmi, imperocchè nel proemio si leggono parole che sono vere censure verso l'Istituto ostetrico di cui sono il Direttore, dettate in uno stile, che non vorrei preso ad imitazione da' miei colleghi, per l'onore del ceto cui appartengo. Ragione vuole, che io scenda alle difese dello Istituto la cui sorte mi è affidata; il sentimento, che alla difesa mi sospinge, mi valga di scusa presso i lettori se mi veggono ora portare il discorso sovra un argomento, che soltanto per qualche punto secondario si connette con la prima parte del mio lavoro; e se a taluno di essi non andasse a versi il mio assunto lo prego di avvertire, che non sono libero nella scelta, e merito se non altro quella scusa, che si concede dagli equi estimatori a chi opera o parla non di proprio moto e spontaneamente, ma costretto dagli altrui fatti, o dalle altrui parole.

I censori sono i Dottori A. Ramello e L. Brambilla, entrambi

addetti all'Ufficio igienico della città di Torino; questi signori accennando alle condizioni, che essi chiamano *miserande*, dell'Ospizio di Maternità di Torino si presero, cura di far notare come il primato della infezione spetti all'Istituto Clinico che ha sede nello stesso Ospizio (1). Nello scrivere queste parole si basano sovra la relazione del Dottori A. Porta e M. Peyretti, assistente questi nell'Ospizio di Maternità (2).

In vari scritti non destinati alla pubblicità mi sono occupato delle condizioni igieniche della Maternità di Torino sia con il proposito di vedere sorgere in una regione salubre della città un nuovo Ospizio secondo le idee moderne, sia con lo scopo di introdurre miglioramenti igienici nella casa, in cui ora si ricevono in Torino le partorienti; ma mi sono sempre tenuto lontano dal portare la quistione in pubblico perchè mi pareva il terreno meno confacente per il felice e sollecito scioglimento della medesima, che pure tanto mi preme (3). Ma poichè veggo i quattro sullodati colleghi mettersi d'accordo nel forzarmi la mano sarebbe scortesia per parte mia se non mi dimostrassi arrendevole ai loro desiderii.

Il Porta ed il Peyretti, nello scritto sopra citato, che fu soggetto di lettura nel Congresso igienico internazionale tenutosi l'anno scorso in Torino, avevano per iscopo di dimostrare le infelici condizioni igieniche in cui versa l'Ospizio di Torino; per il fine che avevano di mira bastava il dare il risultato complessivo che si ha nella casa *siccome è ora disposta e costituita* (le parole qui sottolineate mi appartengono); ma essi vollero studiarlo nelle varie sezioni in cui sta diviso per procurarsi la opportunità di fare confronti; ed io compiacente seguace mi metterò sulla stessa strada; non si potrà certo farmi il rimprovero che io manchi di condiscendenza.

Occorre premettere che l'Ospizio di Maternità è diviso in tre sezioni, o comparti, che si vogliano chiamare: la prima sezione

---

(1) *Il servizio di chirurgia ostetrica a domicilio del povero. Esportazione utero-ovarica per angustia di pelvi rachitica*, ecc. Torino 1880. Per A. Ramello e L. Brambilla.

(2) *Cenni storico-statistici sulla Maternità di Torino.* — Torino 1880. Per C. Porta e M. Peyretti.

(3) Non contraddice al mio asserto lo scritto pubblicato negli *Annali* nel febbraio dell'anno 1880 (*Maternità grandi o piccole?*); quivi si trattano quistioni d'ordine generale; non è che per incidenza che io ho parlato della Maternità in cui scrivo, limitandomi ad indicarne sommariamente, e quindi in modo insufficiente, i principali bisogni.

è diretta dai fratelli Peyretti, la seconda e la terza formano lo Istituto Clinico; questo si chiude per un trimestre nelle vacanze autunnali ed il servizio passa sotto la direzione del personale sanitario della 1ª sezione, cui sono pure affidate le gestanti a pagamento, imperocchè oltre le gestanti gratuite, che popolano le tre indicate sezioni, si possono ammettere, e si ammettono difatto, dozzinanti. Siccome già è noto ai lettori degli *Annali* (l. c.) l'edificio in cui sta la Maternità occupa uno spazio della figura di un triangolo rettangolo a vertice curvo; il fabbricato è disposto tutto all'ingiro dell'area in modo da circoscrivere un cortile angusto, umido perchè male soleggiato e male ventilato; la 1ª sezione occupa tutto il 3° piano e parte del 2°; la 2ª tiene una piccola parte del piano terreno in sito non felice e la parte maggiore del 1° piano; la 3ª ha sede nel 2° piano, del quale tiene la metà all'incirca; le donne a pagamento sono ricevute in camere del 1° e del 2° piano secondo che sono di prima o di seconda classe.

Il Porta col Peyretti in prospetti distinti presentarono il numero dei letti, la larghezza delle bocce aspiratrici, la superficie ed il volume di ogni ambiente per ogni sezione. Sino a questo punto la cosa va, il lavoro venne condotto con perfetta eguaglianza verso le tre sezioni; nel fare questo elogio non tengo conto di qualche errore, di cui si terrà parola più innanzi.

Rincrescemi di non potere estendere lo stesso giudizio alla parte ulteriore del parallelo, che si compiacquero di fare. Nello istituire il confronto fra il numero dei letti e le giornate di permanenza da una parte e dall'altra parte con l'area ed il volume nelle singole sezioni, con lo intendimento di velare la differenza veramente grande esistente a danno delle sezioni 2ª e 3ª formanti il Clinico Istituto, inventarono e misero in opera un trovato, se non ingegnoso, certo semplice. Nella 1ª sezione (1) fecero la sottrazione di 13 letti con il rispettivo spazio sotto la speciosa ragione, che posti essendo in locali scarsamente illuminati e male ventilati vengono concessi soltanto per le puerpere sane dopo l'8° giorno e le convalescenti di processi puerperali, come se le donne dell'Istituto Clinico, che si trovano nelle stesse, nelle identiche condizioni, cessassero di occupare e letti e spazio: Per chi non è conoscitore del luogo non è inopportuno

(1) Pag. 9, l. c.

lo aggiungere che nella 2ª sezione sonvi ambienti non certo meglio favoriti sia riguardo alla ventilazione che alla illuminazione, e nella 3ª sezione poi vi sono due locali che ripetono la stessa disposizione di quelli che si credette cosa saggia ed equa di escludere dal calcolo comparativo. V'ha però una differenza; per capacità, per ventilazione quello, che è segnato col numero di mappa 24ª, è nella 3ª sezione notevolmente inferiore; serve alternativamente per laboratorio e refettorio delle gestanti, e per soggiorno delle puerpere. Ciò nullameno, anche dopo l'ardita mutilazione all'eguaglianza non ci s'arriva; la 1ª sezione sia per il numero dei letti, sia per il rapporto di questi relativamente allo spazio risulta sempre avvantaggiata. Il metodo, che per brevità di linguaggio chiamerò *atrofizzante*, applicato ai gravi problemi riflettenti l'igiene nosocomiale, prima della lettura della relazione, stata scritta per illuminare i membri del Congresso igienico internazionale di Torino, m'era davvero ignoto: per l'uso che ne venne fatto nella Maternità merita la qualifica di uni-laterale. Questa franca confessione mi procurerà certo segni di approvazione essendo principio di scienza il conoscere la propria ignoranza. Affine di farne per bene conoscere al lettore in tutta la portata il valore, mi piace aggiungere un nuovo esempio applicandolo per un istante all'Istituto ostetrico; intendo in questo modo di dare la meritata importanza alla ingegnosa innovazione. Vediamolo dapprima nella 2ª sezione, i letti da 25 vengono ridotti a 12 e l'area da M. $237,44^2$ discende a M. $113,50^2 = 51,90$ p. %; la capacità cubica nella stessa sezione da M. 802^3 scende a M. $360^3 = 55,10$ p. %. Passiamo alla 3ª sezione: I letti da 19 restano ridotti a 6; l'area da metri 191^2 scende a metri $68^2 = 64,30$ per %, la capacità cubica da M. 637^3 a $185^3 = 68,50$ per % (1). Come possono essere conformi al vero ed attendibili i confronti ed accettabili le conclusioni (passando anche sopra lo inesatto criterio desunto dal numero dei letti e dalle giornate di permanenza di cui più sotto dirò) se da una parte si toglie e dall' altra si lasciano le cose come stanno? Eppure questo è il lavoro che il Ramello ed il Brambilla dichiararono *accurato* perchè informato al *linguaggio severo e libero* delle cifre (pag. 6, *l. c.*). Sull'ultima qualificazione

(1) In questi calcoli mi sono servito delle misure che io stesso presi coadiuvato da persona tecnica, le quali sono riportate a pag. 89 e 90 in apposito prospetto, essendo il Porta col Peyretti incorsi in un errore nel valutare la superficie ed il volume della camera semicircolare della 1ª sezione (N. di mappa 24A), che secondo lo specchio da essi dato sarebbero di molto inferiori al vero.

non ho dubbio alcuno tanto più se intesa in senso molto largo; lo dico con la compiacenza che prova colui il quale almeno in qualche parte si trova d'accordo con l'avversario, ed io su questo punto lo sono veramente con i signori, che versarono a piene mani la lode.

Dopo la pubblicazione del mio scritto, già al lettore ricordato (V. *Annali* ecc., febbrajo 1880), in cui sono in ordine all'igiene puerperale consigliati provvedimenti speciali per la Maternità di Torino, e qualche tempo prima che il *Porta* ed il *Peyretti* dessero alla luce la loro lodata memoria, io aveva presentato sulla stessa materia alla Direzione della Maternità una particolareggiata relazione, nella quale si contenevano proposte, che sono ora allo studio, nella cui attuazione sta, a mio avviso, la ristorazione igienica della cosa. Non venne veramente quella relazione scritta per essere concessa alla pubblicità, ma per le ragioni, che già al lettore sono note, sono obbligato ad attingervi in varie parti.

A schiarimento ed in appoggio del mio dire, riporto qui il seguente

PROSPETTO DELLE TRE SEZIONI

IN CUI È DIVISO L'OSPIZIO DI MATERNITÀ DI TORINO

COMPRENDENTE IL NUMERO DEI LETTI, L'AREA E LA CAPACITÀ CUBICA

SEZIONE I.

Numero di mappa	USO	Numero dei letti	Altezza		Larghezza		Lunghezza		Area		Capacità cubica	
			Metri	Cent.	Metri	Cent.	Metri	Cent.	Metri	Cent.	Metri	Cent.
5	Per il puerp.	2	3	30	3	90	4	45	17	35[2]	57	25[3]
6	»	2	3	30	4	04	4	45	17	98	59	30
7	»	2	3	30	4	04	4	45	17	98	59	30
8	»	2	3	30	4	04	4	45	17	98	59	30
9	»	2	3	30	4	—	4	45	17	80	58	75
11	»	4	3	40	6	40	8	60	55	05	187	17
12	»	4	3	60	6	40	6	15	39	36	141	70
13	»	4	3	60	6	40	6	04	38	65	139	15
25	»	5	3	30	2	70	18	30	49	41	163	05
24*a*	»	8	3	75	7	95	12	90	74	47	279	27
		35							348	03	1204	24

N.B. Il numero dei letti per le puerpere nel gennaio dell'anno corrente è di 38.

SEZIONE II.

Numero di mappa	USO	Numero dei letti	Altezza		Larghezza		Lunghezza		Area		Capacità cubica	
			Metri	Cent.	Metri	Cent.	Metri	Cent.	Metri	Cent.	Metri	Cent.
6	Per il puerp.	2	3	30	4	04	4	36	17	61^2	58	11^3
7	»	2	3	30	4	04	4	36	17	61	58	11
8	»	2	3	30	4	04	4	36	17	61	58	11
9	»	2	3	30	4	04	4	36	17	61	58	11
10	»	2	3	30	4	20	4	36	18	39	62	22
11	»	5	3	40	6	20	8	45	52	39	178	12
12	»	4	3	60	6	20	6	15	38	13	137	26
21	»	2	3	30	4	15	4	60	18	63	61	47
22 (1)	»	2	3	30	4	30	4	60	19	78	65	27
23 (1)	»	2	3	30	4	30	4	60	19	78	65	27
		25							237	44	802	75

(1) Queste due camere vennero aggiunte alla Sezione soltanto sullo scorcio dell'anno 1879.

SEZIONE III.

Numero di mappa	USO	Numero dei letti	Altezza		Larghezza		Lunghezza		Area		Capacità cubica	
			Metri	Cent.	Metri	Cent.	Metri	Cent.	Metri	Cent.	Metri	Cent.
5	Per il puerp.	2	3	30	3	30	4	45	17	35^2	57	25^3
6	»	2	3	30	4	30	4	45	17	98	59	30
7	»	2	3	30	4	30	4	45	17	98	59	30
8	»	2	3	30	4	30	4	45	17	98	59	30
9	»	2	3	30	4	30	4	45	17	80	58	75
11	»	4	3	40	6	40	8	60	55	05	187	17
22 (1)	»	5	3	30	2	30	19	—	47	50	156	75
		19							191	64	637	82

(1) Non venne compresa la camera semi-circolare (N. 24A) perchè non occupata permanentemente dalle puerpere; gli ambienti 22 e 24A si fecero alternativamente per il passato servire a laboratorio e refettorio delle gestanti ed all'uso delle puerpere; non più nell'anno corrente, in cui per l'accresciuto numero delle allieve levatrici si dovette destinare il N. 22 a stanza d'aspetto per le medesime

Il criterio, che ebbi per guida nella redazione di questo documento, vuole essere con alcune parole messo in chiaro. Tenni soltanto conto dello spazio riservato alle puerpere; trattandosi di uno studio, che ha per iscopo di consigliare provvedimenti contro i processi puerperali infeziosi, ho giudicato che fosse una inutile complicazione il riportare le dimensioni della camera del parto come di quelle in cui stanno le gestanti, e dei corridoi in cui soltanto in via eccezionale ed in casi rari si mettono letti per donne puerpere. Affinchè il raffronto riuscisse esatto, inappuntabile lo stesso criterio si estende ed abbraccia tutte tre le Sezioni.

Ciò posto, se si passa ad analitico esame il quadro sovra riferito, a prima vista si scorge che varia d'assai lo spazio nelle varie Sezioni; e nelle due ultime, che formano lo Istituto, si può addirittura dichiarare di molto insufficiente, e fornisce subito la ragione per cui con facilità abbiano origine i processi puerperali infeziosi, e come siano grandi le difficoltà per troncarne l'incesso.

Il desumere la importanza di un Ospizio di Maternità o di una parte di esso dal numero dei letti, è un criterio fallace, perchè non essendo di continuo occupati, lo possono essere in varia misura; nè nelle giornate di permanenza io veggo un criterio interamente sicuro, avvegnachè nell' Istituto mancando una infermeria per le gestanti malate, le quali non sono poche, si devono mettere in comune con le puerpere, cui viene ancora tolto parte del già angusto spazio. Nelle mie ricerche, quale base sicura, mi atterrò al numero dei parti messo in rapporto con l'area e il volume; dal numero dei parti si può, direi quasi, derivare la grandezza della superficie aperta sia per lo assorbimento che per il versamento delle sostanze settiche o che in sostanza settica si possono trasformare. Il mio studio si aggira sui dati raccolti nel biennio 1878-79, e primo trimestre dell'anno 1880; non ho creduto necessari di fare aggiunte per il tempo posteriore, perchè ho sicuro fondamento di ragione per credere, che non verrebbe a mutarsi il linguaggio delle cifre. Limitai le mie indagini alle ricoverate gratuite, imperocchè è particolarmente per esse, che ebbe vita, incremento e sussiste la Maternità.

Nell' anno 1878 si ebbero nell'Ospizio 526 parti, dei quali 160 succedettero nella Clinica per gli studenti in Medicina (Sezione II) e 118 in quella destinata per lo insegnamento delle alunne levatrici (Sezione III); ma per ricavare il numero dei parti nelle due

Sezioni verificatosi nell'anno solare (poichè stanno chiuse, come già si è detto, per un trimestre per lo insegnamento, ma si continua in questo frattempo ad ammettervi le partorienti) conviene aggiungere la cifra corrispondente al quarto del numero dei parti. Con questa addizione si ha la seguente ripartizione dei parti successi in tutto l'anno nelle varie Sezioni, cui metto di riscontro la media proporzionale dell'area per ogni partoriente:

Sezione	I —	Parti	N. 141 —	per ogni partoriente	M. 2,46²
»	II —	»	» 213 —	»	» 1,10
»	III —	»	» 172 —	»	» 1,10

Se per l'anno 1879 si ripete lo stesso calcolo, e se ne deduce pure la media, si avrà il seguente risultato:

Sezione	I —	Parti	N. 167 —	per ogni partoriente	M. 2,08²
»	II —	»	» 245 —	»	» 0,96
»	III —	»	» 131 —	»	» 1,10

Se poi scendiamo a tempi a noi più vicini e studiamo il movimento clinico del primo trimestre 1880, ecco lo specchio che ne risulta:

Sezione	I —	Parti	N. 56 —	per ogni partoriente	M. 8,03²
»	II —	»	» 69 —	»	» 3,54
»	III —	»	» 60 —	»	» 3,50

La investigazione del rapporto proporzionale delle partorienti con la capacità cubica, conduce allo stesso risultamento, e lo avvalora come chiaramente apparisce dal seguente quadro:

		Sezione I	Sezione II	Sezione III
1878	per ogni partoriente M.	8,50³	3,70³	3,70³
1879	» »	7,20	3,20	3,30
1880 (1° trim.)	» »	28,60	11,60	10,40

Dal confronto fatto in tempi diversi e con termini variati ne scende sempre evidente, irrepugnabile la conclusione che *l'Istituto ostetrico misura sì nell'area che nel volume rispettivamente al numero delle partorienti uno spazio più della metà inferiore a quello assegnato alla prima Sezione,* rimanendo così posta in mostra que-

sta strana anomalia, che *una grande ineguaglianza è da molti anni in attività a danno della seconda e della terza Sezione,* nelle quali per lo insegnamento clinico, che vi s'imparte, sta in azione una potente causa speciale di puerperismo infezioso (1).

Nel ragguaglio, che mi venne imposto, intesi riscontrare dapprima l'area ed il volume, imperocchè negli Spedali in genere e nelle Maternità in ispecie, tengono fra i fattori igienici un posto, che a tutti gli altri sovrasta, e noti universalmente ed innegabili i calamitosi effetti quando sono in difetto. La quistione dello spazio si concatena, si unisce con quella della mortalità, cui si mantiene indissolubilmente congiunta e si lega come tra causa ed effetto. Valga quivi il ricordare come con semplici e convincenti parole seppe il *Chiara* porre nei veri termini e risolvere la controversia fra le grandi e le piccole Maternità. Dopo avere stabilito che in Italia non vi ha alcuna Maternità la quale possa dirsi grande. « Non è forse vero, egli aggiunge, che domandando a un capomastro se sia più sana una grande che una piccola casa, vi ha certezza di udirsi a rispondere che una casa fatta per mille inquilini sarà salubre quanto quella fatta per cento, se a parità di giacitura, di esposizione e va dicendo, la casa grande sarà fatta in tutto e per tutto quale dev'essere per contenere mille inquilini? E viceversa poi, la casa piccola sarà meno salubre della grande se vi vorranno mettere cento inquilini quando non fosse fatta che per cinquanta? Gli è questo un criterio volgare offerto dal senso comune, lo so, lo veggo; ma è giusto, e forse perciò perchè giusto, perchè volgare, perchè porto dal senso comune, i Congressi sdegnano di accoglierlo (2), »

Posta in sodo una differenza così ragguardevole in ordine ad un fattore di fondamentale importanza nell'igiene spedaliera, può parere forse superfluo, o per lo meno non necessario per il mio

---

(1) Nè si può dire che siano stati tolti locali alle puerpere per altri usi, se non necessarii utili certo nei clinici Istituti. Non v' ha la stanza per il Direttore; quella in cui è riposto l'armamentario con parte della suppellettile scientifica, serve pure per stanza d'aspetto per i giovani. Fu necessità il destinarla a questo uso, perchè posta presso l'ingresso. Per le esercitazioni ostetriche e per le chimiche ricerche, si occupa una stanzuccia al piano terreno nell'internato, posta fuori della casa di proprietà della Maternità. Arrogi che nel raffronto ho nella Sezione 2ª tenuto calcolo degli ambienti N. 22 e 23 (39, 56² 130, 54³) che vennero soltanto annessi in sul finire dell'anno 1879.

(2) D. Chiara. Qua e là per il Registro clinico dell'anno 1878. Dagli *Annali*, N. 6 e 7, 1880.

assunto il seguitare nel confronto. Così non la penso, e domando nuovamente scusa al lettore se continuo nella stessa via per rilevare altre differenze, e se con la esuberanza degli argomenti gli arreco tedio. Alla fin fine, ove si tolga il grande squilibrio, come ne ho fiducia, se ne avvantaggia lo Istituto, e questo è quanto mi sta a cuore; se poi per disgrazia non arriverò a tutti persuadere, il torto non sarà dalla mia parte.

Della ventilazione artificiale non parlo; non ho ragioni per mutare la opinione già da me espressa in un pubblico scritto (V. l. c.); certo è che al sistema attualmente vigente io preferirei il calore fiammante che a piacimento di chi dirige si potesse mettere in attività nelle stesse camere, in cui si vuole il rinnovamento dell' aria.

Se poi guardo al modo con cui si fa la ventilazione naturale, mi si para dinanzi un notevole divario. Il bisogno di ridurre un convento in uno spedale, di isolare i servizi, stabilire infermerie, dividere l'Ospizio in più Sezioni, e fornirlo di apparecchi per il riscaldamento e per la ventilazione, fecero sì che si dovettero innalzare tramezzi e collocare altri impedimenti consimili nei corridoi. Fu intercettato in questo modo il libero passo alle correnti aeree, nelle quali è riposto lo spediente il più efficace per provvedere al ricambio dell'aria nelle infermerie. Arrogi che per potere alloggiare nella casa gli impiegati vennero chiusi in modo assoluto i corridoi, che mettono verso il lato meridionale, con quale danno dell'aereazione e dello spazio, facile è il vedere. Questa descrizione si riferisce quasi esclusivamente alla seconda ed alla terza Sezione, perchè situate nei piani inferiori, mentre per contro la prima Sezione avendo sede al terzo piano, si trova in fatto della ventilazione naturale in condizioni notevolmente migliori; il lato meridionale della casa non elevandosi oltre il secondo piano lascia libero l'accesso all'aria ai piani superiori.

L'isolamento delle donne colpite da puerperismo infezioso non è, nè può essere gran che efficace. È da me messo in pratica per ragione di sistema, per ragione di disciplina, senza che io vi possa concedere grande fiducia; si riduce a confinare la donna in una camera, con l'assistenza di un personale speciale, la quale comunica con un corridoio in cui s'aprono camere abitate da altre puerpere, e spesso proprio d'accanto a quella in cui sta la separata. Nella prima Sezione potendosi disporre di un'area maggiore del doppio e di ambienti situati a ragguardevole distanza, l'isolamento si può fare in modo bastantemente efficace.

Della occupazione alternativa delle camere non occorre di parlare; impossibile nell'Istituto, possibile e seguita nella prima Sezione.

Nella disposizione del pavimento vi ha pure qualche cosa a dire. Chi non ignora come nelle malattie sostenute da micro-organismi spesso a piccole cagioni succedano effetti grandi, non mi potrà fare l'appunto di cadere quivi in sottigliezze. Nell'Istituto, il pavimento è formato da campigiane rotte, screpolate, e qua e là disfatte. Nella prima Sezione le screpolature, le irregolarità, vennero tolte con un intonaco rivestito di uno strato impermeabile.

Nella seconda Sezione si dà lo insegnamento pratico a cinquanta studenti in medicina, e nella terza Sezione a cinquantadue allieve levatrici (1). La prima Sezione è chiusa per l'istruzione pratica: È proprio inutile il toccare della esplorazione ostetrica a scopo didattico nella genesi dei processi puerperali, quand'anche circondata dei maggiori e più minuziosi riguardi, perchè cosa nota a tutti. Quivi cade in acconcio l'osservare come improvvida misura e contraria al fine sarebbe il porre riparo fino ad un certo punto allo squilibrio posto in mostra dal raffronto, che io sto facendo col diminuire il numero dei parti nelle Sezioni cliniche, le quali sono veramente povere di area e di volume. Ho in altro mio lavoro (V. l. c.) dimostrato come col scemare del numero dei parti si è accresciuta la mortalità per il puerperismo infezioso. La influenza dell'istruzione clinica, quando è ristretto il campo in cui viene impartita, spiega effetti che non sono senza nocumento. Sopra questo punto vi ha un mirabile accordo fra i professori tutti di ostetricia. I parti forniti dall'Istituto sono per numero di gran lunga insufficienti per l'ammaestramento delle persone cui dispensare si deve la pratica istruzione; nè voglio lasciar trascorrere questa occasione per fare sentire come nello accrescimento del materiale pratico stia riposto un freno efficace contro la manifestazione e diffusione dei processi puerperali.

Proseguendo l'analisi comparativa riguardo alle persone, occorre ancora di vedere le qualità differenziali che vogliono essere ricercate nello stato anatomo-fisiologico delle ricoverate. Sono in nunumero abbastanza rilevante ammesse nell'Istituto clinico le donne che per malattie, che s'associano alla gravidanza, o da questa dipendenti, esauriti gli scarsi mezzi di cui possono disporre,

(1) Queste cifre sono tolte dall'elenco dell'anno corrente.

spinte dalla doppia miseria economica ed organica, si portano a domandare ricetto alla Maternità, ed essendo per il solito maritate, sono accolte nella seconda Sezione. Voglio in prova del mio dire riportare alcune cifre; nello stesso periodo di tempo, abbracciante il giro di nove anni, morirono nell'Istituto di polmonite lenta e di tubercolosi 14 donne, 3 nella prima Sezione; di cardiopatia organica, di edema polmonare e di diarrea cronica nell'Istituto morirono 18 donne, nella prima Sezione nessuna, e va dicendo.

Nelle indagini che si riferiscono alla mortalità nel puerperio, la importante e assai variabile classe dei processi morbosi, che estranei allo stato puerperale si elevano per sè stessi a fattori di morte ovvero aprono facile l'adito ai processi puerperali sopratutto quando l'ambiente è infelice, non può certo venire trascurata in un'inchiesta, che abbia per iscopo la conoscenza del vero. A questa massima mi sono attenuto nella ricerca della letalità nell'Istituto nella scrittura già nota ai lettori degli *Annali* (V. l. c., pag. 82). Nello studio statistico fu per me necessità il limitarmi alle donne che lasciarono la vita nell'Istituto; esatte sono le cifre, perchè raccolte dai registri clinici che sono tenuti con molta accuratezza; lo dico per assicurare il Ramello ed il Brambilla, i quali pare, che ne dubitino. Dagli stessi registri ho ricavato che le operazioni praticatesi nell'Istituto dal 1° novembre 1870 al 31 luglio del 1879, sono nella proporzione di 12,33 per cento. (V. l. c., pag. 82), mentre nella prima Sezione è di 4,91 per cento (1); ed in quello le operazioni gravi pericolose sono notevolmente più frequenti.

È ormai tempo di stringere il discorso: Indipendentemente dalla diversità, che è pure grandissima, nell'area, nel volume e nella ventilazione, valutato debitamente l'influsso delle malattie estranee allo stato puerperale e quello delle operazioni, non esito a dichiarare più favorevole il resultato conseguito nell'Istituto che nella prima Sezione. Da questa conclusione a quello stato dell'animo che accompagna la soddisfazione, ci corre; i risultamenti almeno sino al principio dell'anno scolastico in corso non sono punto buoni nè da una parte nè dall'altra, e quel che più mi cruccia si è il pensiero, che nella stessa casa, nelle stesse condi-

---

(1) *Rendiconto clinico-statistico della Sezione nubili*, pel quadrien. 1872-73-74-75, per il Cav. Giovanni Peyretti. — Torino, 1877.

zioni topografico-edilizie — lo dirò più avanti — possono farsi notevolmente migliori.

È fuori di tempo e senza vantaggio il ricercare come la sia andata, che nella ripartizione delle Sezioni a quella, che è numericamente prima, sia stata fatta la parte del leone. Dirò soltanto della impressione, che a me fanno le censure rivolte all'Istituto Ostetrico; mi ricordano la condizione di colui che, posto a domicilio coatto in luogo ove manca la luce e lo spazio, o nel regno della malaria, si vede fatto segno a rimproveri perchè dopo un certo tempo è diventato sparuto e cachettico.

Nel gennaio dell'anno 1874 infieriva epidemica la febbre puerperale nella prima Sezione. Invitati, intervennero i dottori G. Rizzetti e C. Ramello come rappresentanti dell'Ufficio d'Igiene della città. La relazione da essi sottoscritta, che venne poi data alle stampe, suona tutta elogi per tutti, e naturalmente anche per i medici, che la dirigevano in quel frangente. Nè io punto intendo entrare nel merito di quelle parole: volli soltanto ricordarle per far risaltare il contrasto, che è tanto più sentito, imperocchè identiche essendo le circostanze, la lode venne diretta a chi nuota nell' abbondanza, ed il biasimo lanciato su colui, che senza sua colpa, vive in angustie.

Le condizioni in cui versa l'Istituto clinico, così sostanzialmente diverse da quelle che sono proprie della prima Sezione, non dovrebbero venire scordate da coloro che, per il posto ufficiale che occupano, abbracciare dovrebbero le idee, le cose in tutta la loro ampiezza, non escludere alcun elemento del giudizio e dimostrarsi, se non amici della moderazione e della temperanza, almeno equanimi.

Come Direttore di Clinica, è per me esaurita la serie dei provvedimenti igienici che erano in mio potere, nella lotta contro i processi puerperali infeziosi, nè senza notevole giovamento; anzi il presente mi affida a sperare meglio del futuro, tanto più se la mia voce verrà ascoltata. Con fondamento posso promettere, e so di poterlo fare, che *se mi sarà concesso lo spazio e l'aria, di cui gode la prima Sezione, i processi puerperali epidemici saranno definitivamente dall'Istituto clinico fugati.*

Quando venne per la prima volta l'Ospizio raccolto ed ordinato nella casa propria dell'Opera della Maternità, il che fu quando volgeva alla fine l'anno 1871, non fui tardo a conoscere come nella divisione dell' edificio per i varii servizi all' Istituto clinico fosse

stato fatto un trattamento tutt'altro che di favore; dirò con *Seneca,* che ogni incominciamento è discosto dalla perfezione. Ma la differenza veramente smisurata a danno delle abitatrici dello Istituto non mi fu nota, che quando venni chiamato a far parte dell'amministrazione della Maternità, la qual cosa accadde nell'anno 1877. Della lamentata sproporzione e dello stato igienico dell'Ospizio, più volte ebbe ad occuparsi la Direzione dell'Opera Pia. Essa si astenne dallo addivenire a riattamenti, a mutamenti ed a riforme di qualche rilievo, cullata dalla speranza di vedere sorgere in un tempo breve ed in luogo conveniente una nuova casa ideata e condotta secondo i più recenti e attendibili insegnamenti dell'igiene nosocomiale a sede della Maternità; infatti si misero in opera procedimenti, si fecero studi e si continuano a fare per la fondazione di un nuovo Ospizio. Vagheggiai anch'io questo scopo ideale; mi pareva, e mi pare tuttora bello, il vedere conseguito da Torino il primato in Italia riguardo agli Ospizi per le partorienti. Ecco data la ragione per cui l'amministrazione, pure in pensiero e consapevole delle condizioni della casa, che governa, fu portata a procrastinare, a temporeggiare sui provvedimenti di qualche rilevanza. Ma nell'attesa di un concetto ideale, la cui attuazione si fa di soverchio aspettare, conviene porre da banda ogni indugio ed industriarci per cercare di stare il meglio, che sia possibile nella casa in cui ci troviamo. Ecco detto il motivo della mia relazione, cui ho in più parti attinto a larga mano, nella quale si racchiudono proposte ora allo studio, di cui le principali intendo quivi sommariamente riferire a testimonianza di operosità.

Per dare la estensione imposta dall'igiene voluta dall'equità è di mestieri aggiungere all'Istituto clinico gli alloggi tenuti dagli impiegati nei tre piani inferiori, e le camere in cui stanno le dozzinanti. Questa misura si trae dietro, per necessaria conseguenza, il rilevantissimo vantaggio di accrescere la ventilazione naturale e di andare a seconda dello scopo supremo della Maternità, che sta nell'utile delle ricoverate, le quali, incarnando il mio concetto, verranno ad acquistare le stanze meglio esposte ed aereate e più amene. Alla deficiente ventilazione di alcuni ambienti i tecnici sapranno facilmente porre riparo o con l'aprire sfogatoi, ovvero scavando nei muri gole o condotti in cui con una fiammella a gas si può stabilire a volontà una forte corrente d'aria dal basso all'alto.

Nella fatta proposta si comprende la sospensione dell'ammissione delle dozzinanti: su questo proposito farò conoscere le mie vedute.

Scopo fondamentale dell'Opera della Maternità è il dare ospitalità alle povere gestanti. Ciò posto, a mio avviso non si deve volgere il pensiero alle cose secondarie, sebbene della stessa indole, e per sè buone e lodevoli, che quando si sia dato pieno ed intero soddisfacimento al fine principale. Sino a che io veggo nelle strettezze della casa ammalare e morire puerpere, perchè loro venne con parca mano misurato lo spazio, non mi pare conveniente il continuare a vivere nelle angustie per far posto a gestanti, che con il danaro alla mano possono trovare altrove accoglienza ed assistenza. Come igienista io sostengo altamente la ragionevolezza della mia proposta, e come amministratore non trovo ragioni per rimuovermi dal mio proposito. La retta pagata copre appena le spese, se pure a tanto arriva. Ciò nullameno, ove vogliasi continuare a ricevere le dozzinanti, si potrebbe provvedere per loro un quartiere nelle case attigue a quella della Maternità.

Nel dare questo consiglio ho portato lo sguardo fuori della casa: In cotesta direzione fa d'uopo rivolgersi per trovare un luogo ove collocare l'infermeria per le donne separate, necessaria in tutti gli Ospizi di Maternità. Io aveva dapprima pensato alla chiesa, che è molto ampia; proponeva di dividerla in due piani, lasciando l'inferiore per il culto e destinando il superiore ad infermeria. Partito più semplice, più spiccio ed anche il più economico per vari motivi sarebbe lo abolire addirittura il servizio religioso e con qualche adattamento trasformare la Chiesa in un padiglione per le separate. Ho visto le Maternità svizzere ed altre straniere funzionare benissimo senza il prete e senza la chiesa; ma questa idea, che pure mi sembra giusta perchè informata all'indole della casa e secondo lo spirito dei tempi, per il nostro paese pare prematura; speriamo nella nuova legge sulle Opere Pie, che si sta elaborando dal Parlamento. Per i tempi che corrono, sia per gli igienici vantaggi che per economiche considerazioni, la determinazione più saggia si è di riannettere alla Maternità parte del quartiere che già altra volta tenne a pigione nella casa di pertinenza dello Spedale di San Giovanni. Nell'epidemia di processi puerperali, che travagliò la prima Sezione nei mesi di maggio, giugno e luglio dell'anno 1872, servì di già provvisoriamente come infermeria per le separate, e la epidemia cessò. Sì per la attiguità

che per la esposizione, la quale è tra le più belle della città, il luogo è confacentissimo all'uso cui lo vorrei destinato.

Degli altri provvedimenti da me suggeriti qui non faccio parola, perchè di minore momento, sebbene di non poca influenza; e poi veggo che lo scritto si è accresciuto oltre quanto avevo divisato, e forse più di quello che comporta la natura dell'argomento. Desidero però che sia chiarito come nelle innovazioni da me propugnate si avvantaggia lo Istituto, si mette per lo spazio quasi alla pari della prima Sezione, la quale però viene per nulla ristretta. Il pareggiamento io non lo voglio punto esteso allo stato delle ricoverate; anzi è la condizione opposta che da me si vuole. Ho fatto sempre vive istanze affinchè all'Istituto fossero dirette le donne tutte, le quali per la conformazione del bacino o per le malattie che si associano alla gravidanza o sono da questa dipendenti, possono in particolar modo interessare la scienza o giovare all'istruzione.

La riforma da me sostenuta segna nell'ordine igienico un sostanziale miglioramento, e nell'ordine economico si accorda con le entrate dell'Opera Pia. Se tuttora giace nel periodo della preparazione, ricercare se ne debbe la ragione nell'opportunità, che è la massima delle condizioni per la buona riuscita in tutte le cose umane, certo anche nelle amministrative. Come decidersi a mutare l'organamento della casa quando si spera di anno in anno di partire per una sede migliore? È impresa di gran mole e complicata assai la costruzione di un nuovo Ospizio. Molte difficoltà, molti impedimenti possono sorgere per farla cadere o per lo meno ritardarla di anno in anno. Frattanto non è giusto, non è conveniente che perduri l'attuale stato di squilibrio, d'ineguaglianza perniciosa ad un Istituto, la cui sorte dovrebbe stare a cuore a quanti hanno caro il progresso. Nei provvedimenti da me consigliati, senza preoccupare l'avvenire, sta la riparazione verso l'Istituto, sta il rinnovamento igienico dell'Ospizio.

Incomincierà con questa una nuova êra per la nostra Maternità sebbene sia questa situata in regione che è un vero centro d'Ospedali, e cinta da tre parti da alte case. Debellati i processi puerperali eterogenetici, la mortalità scenderà alle miti proporzioni dell'esterna, e la gestante malata e la donna in soprapparto, con la prontezza del soccorso, la ricchezza dei mezzi, la disciplinatezza del personale di ogni grado — requisiti questi non certo così facile lo incontrare riuniti al domicilio del povero — vi troveranno la immunità dai processi infeziosi.

Cotesta considerazione mi riconduce alla mia storia clinica. La assistenza nelle operazioni presso il focolare della famiglia ha certo i suoi vantaggi, ed io stesso so in pregio tenerli e ne ho dato prova con l'essermi alcuni anni addietro adoperato per fondare la policlinica ostetrica in questa città con lo intendimento di fare cosa vantaggiosa alla umanità ed alla istruzione; se i miei tentativi non approdarono, la colpa non è mia: ma ha pure i suoi inconvenienti, che in equo ragguaglio non si possono trascurare. Non parlo di certi abituri, veri bugigattoli in cui giacciono confinate dalle dure necessità della vita intere famiglie, facile preda del rachitismo, della scrofola, dell'anemia, della tisi ed anche del tifo, nei quali l'operatore si muove a stento e fa difetto il necessario; in ostetricia è interamente vero l'assioma ippocratico: *occasio præceps;* le indicazioni, specie quando si tratta di accidenti che fanno pericoloso il parto, o di atti operativi, sono urgenti, impreteribili; nella mia operata, se il travaglio si fosse dichiarato in un Ospizio la operazione sarebbe certo stata intrapresa in tempo opportuno, nè per fermo sarebbe accaduto di vedere lasciata per nove giorni (?) una donna in soprapparto come accadde nell'operata dal personale dell'Ufficio Igienico della città. Nell'angusta casa del povero i processi puerperali auto-genetici sono assai più frequenti, imperocchè non si accorre al riparo appena insorta la causa, e non sono tanto rari i casi di donne mandate in travaglio di parto agli Ospizi già colpite da setticemia o da altre affezioni puerperali infettive. Il raffrontare poi l'andamento di un atto operativo sì nella parte sostanziale che negli accessorii secondo che viene praticato in una povera casa ovvero in un Ospizio provveduto largamente del bisognevole, è opera davvero inutile. Vediamo i più distinti chirurghi presso le estere nazioni dirigere ed ammettere negli spedali e nelle cliniche le stesse persone della classe agiata quando occorrono operazioni di qualche rilevanza. Egli è però vero che in quegli Istituti l'epoca del rinnovamento è già da parecchio tempo in tutto il suo splendore, imperocchè regna sovrana l'igiene sotto l'assoluto dominio dei medici; ma anche nella Maternità in cui scrivo, i tempi migliori da me augurati, appunto perchè si tratta di aspettative probabili prossime, non tarderanno ad avere piena ed intera esplicazione.

DISTOCIA MECCANICA FETALE

PER PRESENTAZIONE DEL FRONTE

NOTA CLINICA

del Dott. GIUSEPPE CHIARLEONI

Consulente ostetrico di S. Corona.

(Cont. e fine, Vedi N. 1, pag. 1).

APPENDICE.

A conferma delle idee sopra esposte non so resistere alla tentazione di riferire i seguenti fatti da me osservati nel servizio di S. Corona assai tempo dopo che il lavoro precedente era compiuto.

I. Il 30 novembre 1878 alle 2 pom. sono chiamato in via Capre 11, presso certa Ersilia Gennari cameriera, di 21 anni, che si dice in travaglio di parto a termine della sua prima gestazione.

Undici ore sono trascorse dall' inizio delle doglie, 9 di periodo dilatante e 2 di espulsivo. Presentazione di fronte in posizione s. a. Il mento volto alla sinfisi s. i. d. non si può raggiungere dal dito esploratore; e solo si può a stento uncinare la mascella superiore, fronte al basso del foro ovale sinistro; scolo abbondante di meconio; doppio battito mancante; contrazioni valide; donna in ottime condizioni locali e generali. Mi sembra giustificata l'attesa dando però l'assicurazione che sarei ripassato più tardi.

In compagnia del mio amico il Dott. Buzzi assistente all' ambulanza ostetrico-ginecologica, ritorno alle 4 3/4 pom. Le cose stavano ancora nelle identiche condizioni suaccennate a malgrado che le doglie espulsive avessero perdurate incalzanti e valide. Mi decido per l' intervento, e a tal uopo invito il Dott. E. Buzzi di fare una applicazione di forcipe, avendo però l' avvertenza di

abbassare dapprima il mento. Ciò che riesce a compiere con un qualche stento; mentre poi applica assai destramente lo strumento. Combinando le trazioni con un lieve moto rotatorio da destra in avanti riesce dopo molti sforzi ad abbassare il mento fin sotto l'arco pubico. Allora disarticola il forcipe, lo toglie e lo riapplica tosto ai lati della faccia esattamente. In tal modo può estrarre un feto molto voluminoso le cui spalle oppongono grave resistenza alle più energiche trazioni sul collo. Perineo integro, feto maschio coi segni della morte avvenuta da poco. Secondamento spontaneo. Nessun accidente. La donna 10 giorni dopo abbandonava il letto.

II. La mattina dell'11 gennaio 1880, richiesto, visito certa Sala M., primipara, abitante in Corso P. Romana 29, che si vuole in travaglio da 24 ore e più.

Al mio esame rilevo quanto appresso. Donna in sui 20 anni, di piccola statura ma bene proporzionata e diritta. Infanzia buona; divenne pubere a 14 anni e da 10 mesi è maritata. Ebbe l'ultimo tributo mensuale il 5 aprile 1879. La gravidanza molto accidentata fu messa a pericolo da una tifoide in 5° mese da cui però si riebbe assai bene.

La mattina del 10 gennaio 1880 è presa dalle doglie del parto che per quanto assai deboli si continuarono per tutta la giornata e notte seguente. È allora che la levatrice impensierita per il poco buon risultato di tante ore di travaglio si decide a farmi, come dissi, domandare.

Condizioni generali della paziente buone. Utero molto sviluppato distende enormemente le pareti del ventre tutte smagliate. La forma dell'utero in riposo è tondeggiante e sotto la contrazione si fa appena ovale a gran diametro verticale.

Genitali esterni punto preparati al parto, arcata pubica abbassata, promontorio accessibile al dito; c. v. da 85 a 90 mm., contorno pelvico regolare, ossa sottili piuttosto che no (pelvi piatta non rachitica). Collo scomparso. Dilatazione dell'orificio completa. Sacco amniotico voluminosissimo; nelle acque nuota liberamente il cordone pulsante. Nessuna parte fetale presentata. Doppio battito all'ombellico. Palpazione negativa.

M'appiglio all'aspettazione e parto per ritornare alle 12 circa; erano le 10 antim. All'ora stabilita trovo da poco rotte le membrane che lasciavano scolare una quantità enorme di acque; procidenza a sinistra del cordone, pulsante e presentazione franca del fronte in posizione d. p.

Nella speranza che con l'iniziarsi del periodo espulsivo la testa avrebbe finito per estendersi completamente e il parto effettuarsi da sè, dopo riposto con la siringa di gomma il cordone, mi ritiro. Si noti che il feto dopo la riduzione si muoveva rapidamente e come a scatti. Alle 4 pom. circa nessun indizio di periodo espulsivo; mancanza di battito fetale; piccole prese di 25 centigr. di segale ogni ora.

Ma alle 8 pom. tutto era nelle suaccennate condizioni e la donna cominciava a risentire gli effetti del troppo lungo travaglio. Laonde credetti venuto il momento di intervenire. A tale scopo introduco la mano destra in vagina, vado in cerca del mento e trascinandolo in basso riesco pressochè a centralizzarlo. Allora sulla guida della mano lasciata in sede applico la branca sinistra del forcipe portandola quasi di contro al promontorio. L'altra branca viene condotta verso il foro ovale destro della pelvi. Articolo e traggo in basso e in addietro combinando le trazioni con un moto rotatorio da sinistra in avanti. Posso non senza stenti far discendere la faccia e ruotare il mento sotto l'arco del pube. Allora tolgo lo strumento e con una seconda applicazione diretta estraggo senza intaccare la forchetta un feto di sesso femminile assai voluminoso e morto da poco tempo. Secondamento facile, punto emorragia. Mistura calmante.

Volli misurare il cordone che era assai sottile e lo trovai esser lungo 103 cent.

Il puerperio fu disturbato dal 3° al 6° giorno da ritenzione di urina alle dipendenze di una leggiera irritazione infiammatoria del collo della vescica.

Le due storie surriferite, se non m' inganno, vengono luminosamente a confermare le conclusioni a cui ero pervenuto or sono 4 anni e più. Invero il lettore si sarà fatto certo che la presentazione del fronte oltre all'essere tale, in entrambi i casi fu causa dell'intervento nostro. Il quale si risolvette nello impiego del forcipe; abbenchè in tutti i due casi s'avesse la quasi assoluta certezza della già avvenuta morte del feto.

Non è questo in aperta contraddizione con quanto scrissi primitivamente? Apparentemente sì, ma in realtà non lo credo. Mi spiego. Quanto dissi per rifiutare l'uso del forcipe a presentazione di fronte più o meno profondamente immessa nel bacino, era sorretto da questo criterio; che il forcipe s'avesse a impiegare

sulla testa senza prima avere modificata la presentazione. Anche in oggi che i risultati della pratica altrui non sembrano contrari al forcipe, sono convinto che le trazioni combinate ad un moto di rotazione debbono riuscire nocive alla madre e al feto, pur facendo astrazione dalle difficoltà che si debbono incontrare nel far varcare il cercine vagino-vulvare alla testa che si disimpegna con l'occipite in addietro, senza ledere la continuità di tutti o parte dei tessuti perineali.

E su questo punto sono in aperto dissenso con quanto è detto nella sua bella memoria dal Dott. Mangiagalli, il quale scrive nella sua seconda conclusione che a presentazione di fronte (in bacino regolare) arrivata alla parte media dello scavo od al distretto inferiore *l'arte interverrà in condizioni nè difficili nè pericolose, nè per la madre nè per il feto.* Se reggono, come credo, le ragioni che rendono di frequente impossibile il parto spontaneo nella presentazione di cui parliamo, quali nel nostro lavoro vennero esposte, si comprenderà di leggieri il perchè ogni qualunque moto rotatorio impresso al forcipe possa farsi causa di guasti non sempre lievi.

Immassimato da queste considerazioni, eppure non volendo incorrere nel rimprovero di esagerare nello impiego di mezzi embriotomici con i quali troppo facilmente si girano certe difficoltà, mi posi il quesito se non convenisse far precedere all'uso del forcipe la correzione manuale della presentazione. E così ho fatto con evidente vantaggio nell'uno e nell'altro caso.

Lo abbassare il mento anche a fronte profondamente cacciata per entro lo scavo pelvico è tal cosa non solo non impossibile ma ben anco poco difficile. Fatto cotesto che aprioristicamente viene ammesso pure dal Dott. Mangiagalli il quale lo spiega facendo osservare come abbassando il mento l'occipite che non è ancora impegnato viene a sollevarsi scostandosi dalla parete pelvica per avvicinarsi alla linea asse. Le nostre osservazioni di data assai anteriore al lavoro del Mangiagalli parlano validamente in favore.

E pertanto non mi sembra di essere caduto in contraddizione con me medesimo circa all'impiego del forcipe in cotali frangenti. Pur rifiutandolo sempre nel modo che comunemente viene raccomandato, lo accetto non solo, ma vorrei anche raccomandarlo con questa modificazione. Data la urgenza di intervenire nella presentazione del fronte quando questo sia di già impegnato

l'ostetrico dovrebbe domandare al forcipe la liberazione previa sostituzione della faccia al fronte. A questo intento si introduce la mano che col palmo guarda la faccia del feto, tanto alta finchè arriva ad uncinare il mento; l'afferra e lo trascina in basso e ciò fatto senza togliere la mano porta tosto in sede la corrispondente branca del forcipe; l'altra branca è a sua volta introdotta e si articola lo strumento. In tal guisa operando, si perviene a migliorare in modo apprezzabilissimo le condizioni di riuscita. Le trazioni, in allora, pur combinate a moto di rotazione per portare il mento sotto l'arcata pubica, non possono essere di molto pericolose, comecchè i rapporti diametrici fra testa e pelvi comportino appena qualche lieve difficoltà.

La questione dello intervento nelle presentazioni del fronte, in seguito a queste ultime viste, mi sembra debba risolversi tutta a favore del forcipe, riservando la embriotomia per i soli casi più complicati e gravi; in quelli cioè nei quali si hanno quali aggravanti, preceduti maneggi infruttuosi, viziatura pelvica e certa morte del feto.

Il fin qui detto può servire come norma se durante il secondo tempo del travaglio nella presentazione in discorso occorre intervenire; ma non viene a menomare in nulla la importanza della manuale correzione durante il primo tempo. Convinto essendo che il parto per la faccia ha grandissima probabilità di compiersi in modo tutto naturale (meno i casi di mancante rotazione del mento in avanti), piuttosto che al rivolgimento *eretto a metodo*, mi sembra che le presentazioni del fronte sia stretto dovere di trasmutarle in quelle, non appena sia possibile per il grado di dilatazione dell'orificio uterino. È tal manovra cotesta che riuscirà sempre e spessissimo renderà inutile un ulteriore e più serio intervento.

Nello stabilire una tal linea di condotta il lettore avrà compreso come io parta dal principio che solo in casi eccezionali il parto spontaneo per il fronte si potrà effettuare.

Temo, e forse non a torto, che a molti il principio parrà troppo assoluto; sia, dico io, ma come elemento di scusa per me sta inconcusso il fatto che le poche osservazioni cliniche da me raccolte militano in questo senso; e solo dietro una ulteriore contraria esperienza saprei senza esitanza modificare il mio giudizio. Intanto il seguente caso dimostra la pratica utilità della correzione manuale. Eccolo in breve:

III. La signora Eugenia L. è una primipara di 22 anni. Il 7 novembre 1880 alle ore 8 pom. sono chiamato presso di essa. La trovo in travaglio di parto che dura stentato e languido da 36 ore. È a termine. La dilatazione dell' orificio è di 7 a 8 cent., dilatabilità completa. Le membrane sono rotte da un' ora circa; si presenta il fronte in posizione s. a.; poco impegno della parte ancora facilmente spostabile. Feto e madre in lodevole stato. Senza alcuna esitazione introduco in vagina la mano sinistra, arrivo al mento e lo abbasso assai facilmente. Durante la manovra sento che il feto tenta moti inspiratori. Do' consiglio alla levatrice di uncinare sempre il mento nel tempo dei dolori onde non abbia a risalire, e parto promettendo di ritornare alle 10 pom.

A quest'ultima ora constato con soddisfazione che il moto di rotazione interna si erà già completato, e che perciò il mento sporgeva al disotto dell'arco pubico. Le contrazioni sono assai valide e fanno progredire sufficientemente la testa; ma non sì tosto cessano che la testa retrocede con rapidità. Sospetto circolari di cordone al collo, per cui cerco di rischiararmi su questo punto, e pur troppo debbo riconoscere che due giri di cordone lo allacciano assai strettamente. Dietro la mia esplorazione sgorga in abbondanza meconio quasi puro; ascolto immediatamente, e trovo il doppio battito al sommo irregolare.

Senza frapporre indugio applico (nell' interesse del feto) il forcipe, ed estraggo una bambina alquanto precoce, che asfittica si può tosto rianimare. Nessuna lesione vulvo-vaginale. Secondamento con la spremitura.

Il puerperio fu dei più normali, e la madre, oggi che scrivo, è felice allattando la bimba che cresce bene.

Ogni qualunque osservazione non potrebbe accrescere di un punto il valore di cotesto fatto che parla troppo eloquentemente in favore dei buoni risultati che tennero dietro alla correzione manuale.

Ora poi per finire dirò che è con sommo piacere che dal più volte citato lavoro del Dott. Mangiagalli rilevai come oltre a lui parecchi distinti ostetrici di Germania hanno in questi ultimi tempi trattato in modo tutto speciale la questione della presentazione del fronte, dimostrandone non solo l' esistenza, ma ben anche la meccanica del parto, e dal più al meno la gravità del pronostico.

RASSEGNA

Il primo anno della Clinica Ostetrica diretta dal Cav. Prof. Vincenzo Balocchi nella nuova Maternità di Firenze. — Rendiconto del Dott. Ernesto Grassi, aiuto alla Clinica stessa.

Una lettera del Prof. Balocchi narra le varie e lunghe peripezie che si dovettero attraversare onde ottenere che in Firenze sorgesse una Clinica che fosse degna dei tempi, della città e dell'insegnamento che in essa si impartisce. Nella lettera è detto che la questione sorta nel 1848 non fu decisa che sullo scorcio del 1873, e solo col 1º gennaio 1878 la Clinica Ostetrica di Firenze funziona nel locale nuovo ed appositamente costrutto ove si riunirono gli Ospizii di Maternità e di Orbetello e la Clinica Ostetrica di S. Maria Nuova.

Il fabbricato è costrutto con buone norme, vi abbonda lo spazio, vi ha acqua calda e fredda in ogni camera, i parti vi salgono in media a 600 all'anno ed un turno di guardia camposto di 6 studenti del V e VI corso di Medicina funziona agevolmente, dimorando nell'internato per un tempo stabilito.

Vediamo ora in breve quale fu il movimento clinico durante l'anno solare 1878 nella sezione « Clinica ».

Furono accolte 377 donne, di cui 46 lasciarono la Clinica prima di partorire, e 11 erano ancora gestanti al principiare del 1879. Di tutte queste donne 50 presentarono fenomeni morbosi durante la gravidanza divisi nei seguenti gruppi:

Malattie da infezione acuta (febbre da malaria 1, ileo tifo 1)	2
Id. cronica (sifilide)	7
Malattie del sistema nervoso (convulsioni isteriche)	3

Malattie del sistema circolatorio (insufficienza aortica 1, id. della mitrale 1, id. della mitrale e dell'orifizio auricolo ventricolare sinistro 2) 4
Id. del sistema respiratorio (bronchite diffusa 3, bronco alveolite cronica 1, id. acuto 3, pleuropolmonite doppia 1, pleurite con versamento 3, tubercolosi polmonare 4) 15
Id. dell'apparato di riproduzione (catarro cronico della vagina 1, fibro-mioma sotto-peritoneale 1) 2
Metrorragia da placenta previa 5
Id. da aborto 10

Il numero complessivo dei parti salì a 320 così divisi. Per l'epoca:

a termine . . .	265
prematuri . . .	45
abortivi	10

Pel modo di effettuazione:

spontanei . . .	295
artificiali	25

Pel numero dei feti:

semplici	313
gemelli	7

Per le presentazioni:

vertice	298
podice	18
spalla	9
faccia	1
ignota	1

Le cause di questi abortivi sono in tal modo divise:

sifilide	3
cardiopatie	1
oligoemia grave . .	2
febbre miasmatica .	1

strapazzi di viaggio .	1
abuso di purganti .	1
apoplessia placentare	1
causa ignota . . .	4

L'epoca di gestazione nei varii parti fu:

di 5 mesi 7 volte
di 4 mesi 1 volta
di 3 mesi 4 volte
di 2 mesi 2 volte

I parti prematuri furono provocati da:

affezioni polmonari	5 casi
» del circolo	1 caso
» dell'apparato digerente .	1 »
sifilide	5 casi
placenta previa	2 »
apoplessia placentare	5 »
morte del feto	2 »
distensione uterina (parto gemello)	6 »
cloroanemia	2 »
diatesi scrofolosa	2 »
viaggio faticoso	1 caso
ignoti	14 casi

Ed avvennero nell'età di

8 mesi in	25 casi
7 mesi e mezzo in .	2 »
7 mesi in	15 »
6 mesi e mezzo in .	3 »

La *distocia materna* vi figura 3 volte in modo essenziale e 2 volte accidentalmente. La prima specie di distocia è rappresentata da ristrettezze pelviche superate: la prima col parto provocato a 8 mesi, la seconda col forcipe e la terza colla craniotomia e cefalotripsia (forbici Smellie, forcipe Guyon e uncino acuto). La distocia accidentale fu rappresentata in un caso dalla resistenza organica del collo uterino che diede origine ad una lacerazione del viscere a livello della parte antero-laterale del segmento inferiore dell'utero con morte della

donna, e nel secondo da insufficienza nelle contrazioni uterine sostituite dal forcipe nello scavo.

Nella *distocia fetale* sono registrate 9 presentazioni del tronco, 2 delle quali terminate colla versione per manovre esterne e 7 col rivolgimento. Fra le storie di rivolgimento riportate nel rendiconto, è degna di particolare nota quella in cui si narra che la pres. V. fu durante il soprapparto e a membrane rotte sostituita spontaneamente da quella del piano laterale sinistro — causa di questo singolare cambiamento di presentazione le contrazioni deboli e limitate al solo fondo dell'utero.

Dello stesso ordine di fatti sono 5 estrazioni manuali di feto in presentazione podalica, e 1 rivolgimento per procidenza di una mano che fu impossibile ridurre, la testa rimanendo pur sempre mobile sullo stretto superiore perchè voluminosa e con poca forza spinta nella filiera pelvica che dicesi non ampia.

La *placenta previa* si osservò 5 volte. In 2 casi la metrorragia fu vinta con la rottura delle membrane, nella terza colla segala cornuta e coll'estrazione manuale del feto che aveva già procidente un piede e nell'ultima, la rottura delle membrane essendo riuscita inutile a destare le contrazioni che furono sempre debolissime, si ricorse alla segala cornuta, agli eccitanti, al tampone e per ultimo all' estrazione del feto col rivolgimento. Tranne quest' ultima le donne guarirono tutte e dei feti uno solo rimase in vita.

Cinque volte il funicolo si fece procidente, ed in nessun caso si potè ridurre in modo stabile, ond'è che solo in un caso in cui il parto nel periodo espulsivo durò un tempo brevissimo si potè trarre a salvamento il feto; negli altri 4 casi o i battiti erano già cessati nel funicolo allorchè giunse l'ostetrico o il permittente non esisteva per liberare il feto.

Sette volte si dovette ricorrere al secondamento artificiale e sempre per aborto, e in tutti i casi si ebbe esito favorevole per la madre. Fra tutte è interessante la narrazione clinica di un caso di ritenzione della placenta per 2 mesi e mezzo dall' espulsione del feto abortivo, durante i quali comparvero metrorragie non allarmanti fino al termine di questo tempo, in cui una metrorragia e dolori uterini intensi spinsero la donna a cercar aiuto nella Clinica ove, sottoposta all'azione della segala, espulse la massa placentare degenerata.

Delle 320 donne che partorirono 239 ebbero un puerperio normale e 81 invece lo ebbero patologico. È però necessario distinguere le malattie che furono mere accidentalità del puerperio da quelle che

sorsero pel fatto solo del parto. È bene adunque distinguere le *malattie nel puerperio* dalle *malattie pel puerperio.* Alla prima appartengono le seguenti:

Febbre tifoidea	1
Bronchite e bronco-alveolite	2
Pleuro-polmonite doppia	1
Pleurite con versamento	2
Tubercolosi polmonale	3
Vizi di cuore	3
Enterite cronica	2
	—
	14

A cui deve aggiungersi un caso di perforazione intestinale avvenuta durante il puerperio a cui non fu possibile ascrivere una causa. Di queste donne 6 morirono e delle altre 9 parte guarirono e parte passarono all'Ospedale di S. Maria Nuova.

Alle malattie pel puerperio vogliono ascriversi:

Emorragia post-partum	20
Idiometrite	8
Endometrite	8
Metro-peritonite	4
Pelvi-peritonite	1
Setticemia puerperale	4
Artrite puerperale	1
Anemia	20
Rottura spontanea dell'utero . . .	1
	—
	67

Sopra 67 malate si ebbero 6 morti. I decessi puerperali furono adunque nella proporzione dell' 1-8 % rispetto al numero totale dei parti osservati nella Clinica che fu di 320.

Il rendiconto termina con una statistica risguardante i bambini nati nel 1878. Sopra 317 feti maturi ed immaturi, 32 nacquero morti o morirono poco dopo. Le cause di morte figurano nei capitoli antecedenti, meno di tre, di cui la causa risiede in un caso nell'anencefalia, nel secondo nell'idrocefalia e nel terzo nelle fratture multiple spontanee per incompleta ossificazione scheletrica; il feto era ottimestre e la placenta in degenerazione calcarea. INVERARDI.

Raffo Costantino. — Di un caso di ernia inguinale ovarica, simulante strozzamento intestinale, curata felicemente con l'estirpazione. (*Lo Sperimentale*, gennaio 1881, pag. 28 e seguenti).

Fu accolta la donna la sera del 25 ottobre nel turno chirurgico diretto dal Prof. Rosati. La paziente di anni 48 presentava segni generali di grave malessere, avea eruttazioni frequenti e qualche raro colpo di tosse: ma l'esame dei polmoni non lasciava ascoltare che qualche rantolo sibillante; apiressia.

Alla regione inguino-crurale sinistra si avea un'intumescenza del volume di una grossa patata, di forma grossolanamente cilindrica, col diametro longitudinale nel senso del canale inguinale e che dalla estremità superiore del gran labbro sinistro andava fino all'orifizio addominale del canale medesimo.

La cute che lo ricopriva leggermente arrossata — nel resto mobilissima — la intumescenza dura, tesa, elastica ed ineguale per delle tuberosità di volume differente, la più grossa toccante il volume di un uovo di gallina, decisamente fluttuante. Questa tumefazione era dolente spontaneamente e più alla palpazione con irradiazioni alla regione ombellicale ed epigastrica. Col taxis si riduceva il tumore, ma tolte le dita ricompariva dell'ordinaria forma e durezza. Tentando di far maggiormente protrudere il tumore vivissimo il dolore si irradiava all'epigastrio ed alla regione lombare.

Poco espanso il ventre per lieve meteorismo, liberissimo il circolo intestinale. Da 16 giorni aveva lieve scolo sanguigno dai genitali; l'esame digitale, tolta una lieve deviazione del collo, null'altro mostrava di abnorme.

Fu mestruata la prima volta a 15 anni, ma qualche tempo prima provò malessere generale, debolezza generale, disturbi gastrici, intestinali, cardiaci, ecc.

A 17 anni in piena salute *casualmente* palpandosi alla regione inguinale sinistra scoprì un tumoretto del volume di una noce, mobile, indolente. Fattane consapevole la madre, questa la tranquillò assicurandola che glielo avea osservato poco dopo la nascita. Tuttavia ricorse ad un medico che le prescrisse l'applicazione di un cinto.

Dopo i 20 anni, continuando regolari le mestruazioni ricomparvero i disturbi sofferti prima della pubertà, ed a quelli s'aggiunsero gastralgia spesso accompagnata da vomito, e tremore generale preceduto da

sensazione di freddo in tutta la persona: tali fenomeni li provava specialmente nei due o tre giorni precedenti la mestruazione.

Fu consigliata da un medico al matrimonio — e la donna prese marito a 28 anni. Ebbe tre gravidanze; la prima e la terza decorsero normalmente a termine; la seconda si interruppe spontaneamente al 3º mese.

Durante la gravidanza, al 5º mese il tumoretto dell'inguine sinistro cominciava a rientrare finchè scompariva completamente verso il principio del 7º, tanto che l'inferma abbandonava il cinto e non lo riapplicava che dopo il parto, quando ricompariva il tumore.

Ai primi di ottobre del 1880 il tumore cominciò ad aumentare ed il giorno 9 (epoca della ricorrenza mestruale) fu presa da brivido, cefalea, tosse, ecc.

Si curò con drastici e si ebbe in conseguenza dolori estesi a tutto l'addome — contemporaneamente il tumoretto aumentava sempre di volume e sopraggiunse, all'epoca in cui fu accolta, vomito e singhiozzo.

Il concetto diagnostico più probabile fu quello di *ernia epiploica congenita* — ma per mettere in accordo il fatto locale col generale era necessario aggiungere qualche cosa a tal diagnosi: per quanto incerto, il giudizio fu formulato così; *ernia inguinale, congenita, epiploica, irreducibile, leggermente infiammata, complicata da catarro gastro-intestinale in soggetto isterico.*

Ne' giorni susseguenti di poco mutarono le condizioni della donna, ma il 29 ottobre alle 11 di sera insorse forte meteorismo, singhiozzo, vomito; il tumore s'era fatto più grande, teso e dolente; i polsi piccoli, la temperatura abbassata, segni tutti che completavano il quadro di uno strangolamento erniario — si interpretò l'andamento coll'ammettere che un segmento di *ansa intestinale o già esistente o recentemente intervenuta si fosse strangolata*, ed in base a ciò si intervenne.

Ottenuta la cloro-narcosi mettendo in pratica le norme antisettiche si incise nella direzione del canale inguinale, lungo il maggior asse del tumore ed arrivato l'operatore su quello che credeva il sacco lo incise e ne uscì con violenza del liquido, introdotto il dito s'accorse che quella era una cavità cistica, e proseguendo incise altre 3 o 4 concamerazioni non comunicanti fra loro. Accorgendosi che il tumore si prolungava per il canale inguinale, spaccò in alto ed esternamente detto canale e volendo isolare in alto il tumore aprì il cavo peritoneale e vide allora la massa cistica continuarsi al di là dell'anello

interno con un corpo rotondo che altro non era se non l'utero: venne allora in sospetto (anche dai caratteri del liquido) che il corpo ernioso fosse l'ovaio sinistro degenerato. Legò il peduncolo con doppio filo di catgut e lo fissò poi con un punto di sutura profonda al canale inguinale; — riunì il resto ed applicò un tubo a drenaggio: la donna guarì.

L'esame macro-microscopico dimostrò il tumore altro non essere che un ovajo in degenerazione cistica.

Il caso dà occasione all'A. di fare le seguenti riflessioni:

1.° che la diagnosi clinica dell'ernia ovarica semplice, sempre difficile, può essere difficilissima quando manchino i segni più indicati, come l'aumento di volume durante la mestruazione, ecc.

2.° che l'ovajo ernioso può essere il punto di partenza di fenomeni riflessi tali e quali si possono avere nelle forme più spiegate di isterismo.

3.° Che l'ernia ovarica per alterazioni speciali avvenute nella sua tessitura e in date circostanze, può essere causa di fenomeni morbosi varii e tali da simulare qualche volta un acuto strangolamento intestinale.

4.° Che i risultati sopraenunciati incoraggiano a seguire la pratica tenuta. NEGRI.

Caneva e Chiarleoni. — Di un caso di fibromi multipli dell'utero complicanti il parto. (*Gazz. degli Ospitali*, 15 gennaio 1881).

N. N. d'anni 38 primipara è in travaglio di parto da 5 giorni, durante i quali (nel 4°) avea già avuto intenso brivido di freddo.

L'utero è molto espanso, di forma globosa irregolare; dalla vagina scola liquido nerastro, denso, fetentissimo — genitali esterni tumidi, bluastri, asciutti. Collo uterino scomparso, dilatato a 3-4 cent., parte presentata alta; si sente il piede destro. — Il dott. Caneva pratica l'estrazione manuale che si compie a spese di una lacerazione della bocca uterina, e di altra limitata al perineo — l'uscita del feto è seguita da quella di un liquido nerastro misto a sangue, fetente tanto da dover rinnovare l'aria nella stanza. Il feto era a termine e putrefatto; volendo allora favorire il secondamento mediante la spremitura potè apprezzare le irregolarità del globo uterino da lui rife-

rite alla presenza di fibromi de' quali il più grosso (come un arancio) si piantava sul corno destro.

Alle 2 pom. il dott. Chiarleoni pratica la liberazione artificiale resa difficile da spasmo della zona media uterina. Il puerperio fu morboso; in 6ª giornata fu tradotta all' Ospedale Maggiore ove cessava di vivere in 20ª giornata.

Non fu possibile al dott. Caneva che l'esame del solo utero che si presentava del volume di una testa di feto a termine bernoccoluto. Il corpo presenta sparsi sul fondo e sulla parete anteriore 15 fibromi della grandezza di un fagiuolo.

Spaccato l'utero longitud. si riscontra la cavità piena di pus, la mucosa coperta da detrito nerastro, pus raccolto nei seni uterini; inoltre tempestato tutto lo spessore dell'utero da numerosi fibromi di varia grandezza; nessuno presentava indizio di rammollimento.

Il dott. Chiarleoni fa seguire la narrazione del caso da alcune riflessioni riguardanti: il nessun segno di emorragia avvertito precedentemente dalla donna, la possibilità della fecondazione per il fatto che nessuno de' tumori veniva ad occludere le trombe; il decorso perfettamente normale della gravidanza mentrechè la quantità dei tumori e la sede dell'impianto potevano lasciar credere ad una probabile interruzione della gravidanza, inoltre colla legge dell'addattamento spiega eziandio perchè il podice e non il vertice in tal caso si presentasse.

Per l'andamento del travaglio l'inerzia assoluta deve essere ritenuta conseguenza della presenza di tanti tumori alla zona del fondo uterino, che è specialmente deputata all' espulsione del prodotto del concepimento.

Riguardo poi all'esito finale i tumori non agirono che in modo indiretto, nell'aver reso impossibile il parto, poichè i fibromi all'osservazione necroscopica non mostrarono in nessun punto la benchè minima alterazione nella loro struttura. Intorno finalmente alla necessità della liberazione artificiale resta spiegata se si consideri che la contrattura circolare dell'utero era alla zona media, e che quest' utero godeva del suo potere contrattile di preferenza nella sua metà inferiore; nessuna meraviglia che vuotato del contenuto la metà inferiore si contraesse più della superiore col risultato ovvio.

NEGRI.

Del forcipe e suoi succedanei nel travaglio lento secondo la Scuola Inglese. — Sunto di una discussione sopra tale argomento nella Società Ostetrica di Londra.

Robert Barnes invitato dal Consiglio della Società Ostetrica di Londra a formulare alcune proposizioni che servire dovessero a discussione intorno alle applicazioni del forcipe e suoi succedanei nel travaglio lento, esordì col dichiarare che intendeva fosse fatta astrazione dei casi in cui si è obbligati a condurre a pronto fine il parto in dipendenza di convulsioni, emorragia, sincope, dispnea, apoplessia, ecc.; come di quelli in cui la vita del feto si trova compromessa per procidenza del cordone o per altre cause, indipendentemente dal travaglio lento. Le proposizioni che egli sottopose al giudizio del dotto consesso e che possono considerarsi come tanti corollari pratìci della sua opinione sopra tale argomento sono le seguenti:

1. Nel travaglio lento, quando la testa si trova impegnata nella cavità pelvica, il forcipe è più indicato di qualunque siasi altro mezzo succedaneo.

2. Il precetto non varia quando la testa si trova impegnata allo stretto superiore, purchè i diametri della pelvi siano normali.

3. Nel travaglio lento, se la testa si trova al disopra dello stretto superiore e siasi già rotto il sacco, mentre per altra parte o colla esplorazione manuale o la mercè di istrumenti siasi accertato non esservi sproporzione, o solo leggiera nei diametri, il forcipe è generalmente indicato a preferenza dei suoi succedanei, anche qnando il collo dell'utero non sia completamente dilatato.

4. È meno necessaria, utile e sicura l'applicazione del forcipe a misura che la viene fatta nello scavo, sullo stretto superiore, oppure al disopra di questo.

5. Come corollario della proposizione precedente ne segue che vuolsi molta accortezza nel precisare l'indicazione e maggiore destrezza nell'atto operativo dell'applicazione del forcipe.

Per ciò che spetta alla prima proposizione, per consenso quasi generale degli ostetrici, è ammessa la convenienza che la testa non debba soffermarsi di soverchio nello scavo, tanto nell'interesse della madre quanto in quello del feto, e che il forcipe meglio di qualunque dei suoi succedanei valga in tali emergenze. — Graily Hewit e Robert Barnes asseriscono doversi incoraggiare i giovani ostetrici ad appli-

care il forcipe nello scavo anche quando non vi sia assoluta indicazione, affine di addestrarsi, per queste semplici, a più complicate applicazioni: come pure, nel mutuo interesse delle partorienti, proclamano doversi con tale mezzo porre fine al parto, in mancanza di controindicazioni, se l'ostetrico abbia contemporaneamente più donne da assistere, ciò che, per ragioni a tutti note, non suole accadere che in Inghilterra.

Ove si ponga mente alla media delle applicazioni di forcipe di cui menarono vanto i singoli membri della Società Ostetrica di Londra nella discussione in corso, pare che il consiglio di Graily Hewitt e di Robert Barnes sia poco meno che superfluo; quanto ai pochi che ricorrono al forcipe una volta in ogni cento o più parti, siede la maggioranza con una statistica di uno su quaranta, su trenta, su venti e perfino sopra dieci.

Gli è forse questa la causa di una leggiera reazione in senso contrario. Il Roper, direttore dell'Eastern Division of Royal-Maternity Charity di Londra sopra 9389 parti applicò il forcipe 80 volte, mentre il Johnston, direttore del Rotunda Lying-in Hospital di Dublino, sopra 7862 lo applicò 752 volte, il primo cioè 1 sopra 117, ed il secondo 1 su 10. Il Roper afferma esservi una varietà assai frequente di travaglio lento, in cui l'aspettazione è il mezzo migliore a cui deve attenersi l'ostetrico: è questo costituito da uno stato di atonia delle contrazíoni uterine che notasi principalmente nelle donne che figliarono più volte: le contrazioni uterine si mantengono debolissime dal principio alla fine del travaglio; i dolori sono leggieri ed offronsi solo a lunghi intervalli, rilassate le parti molli non offrono resistenza di sorta, e la testa del feto divincolata nella cavità della pelvi può venire mossa in giro in ogni direzione: non si hanno quivi a paventare danni per la compressione del feto sulle parti molli della madre, nè havvi pericolo che le contrazioni uterine siano causa di arresto della circolazione fetale. Questa varietà di travaglio lento il Roper suole abbandonare intieramente alle forze della natura. Pei rari casi in cui si prolunga fuori di misura, ei ricorre alle iniezioni sottocutanee di ergotina: però se dopo dieci minuti dallo sviluppo dell'azione di questa sostanza sull'utero non si effettua il parto, non esita a ricorrere al forcipe. Di carattere affatto opposto è la lentezza di travaglio facile ad osservarsi principalmente nelle primipare giovani e robuste, in cui le contrazioni uterine sono energiche e frequenti i dolori espulsivi, ad ogni ripetersi dei quali la testa viene a premere sul perineo che distende a sottigliezza di un foglio di carta; siccome però al

cessare delle contrazioni e dei dolori la testa risale nella cavità pelvica, la circolazione placentare si ripristina in questi intervalli e le parti molli della madre non soffrono una smodata compressione. Questa altalena può durare per lungo tempo prima che ne esca la testa; però finchè l'utero continua in queste contrazioni energiche e ritmiche il Roper è d'avviso sia controindicata l' applicazione del forcipe per le contusioni e lacerazioni che potrebbe cagionare, mentre per altra parte non vede la necessità di disturbare la natura che regola l'energia delle sue forze a seconda che si trovano rilassate le parti molli, o sovra queste modellata la testa; epperò egli riserva il forcipe nei soli casi in cui si abbiano indizi di stanchezza nella partoriente.

L'Edis biasimò la frequenza con cui si ricorre al forcipe, senza tentare altri espedienti, e fra tutti ei predilige la compressione dell'utero fatta all'esterno. Dagli studi di Matthew Duncan risulta che la forza propellente del travaglio è di circa quaranta libbre: nei casi di parto laborioso, in cui richiedonsi sforzi straordinari, la propulsione esercitata dall'utero e dai muscoli addominali non eccede le ottanta libbre: colla compressione uterina si ha una forza equivalente da sessanta a cento libbre, eguale quindi, se non maggiore, a quella spiegata dalla natura in tale processo. Questo mezzo è condannato come empirico e non scevro d' inconvenienti da Lombe Hatthill, attuale direttore del Rotunda Hospital di Dublino e dal Roper, i quali biasimano pure la pratica uggiosa tanto alla partoriente quanto all' ostetrico, di introdurre le dita nel retto allo scopo di spingere la testa in basso.

La spremitura del feto a mezzo della compressione uterina esterna non è del tutto ripudiata dal Barnes e dal Playfair: il primo afferma che 35 anni or sono essendo assistente in una maternità diretta da Bloxam, ebbe ripetutamente a convincersi dei buoni risultati che ottenevansi la mercè di tale mezzo, che il suo maestro raccomandava allora come un trovato della Scuola di Dublino; egli era solito di spingere in basso il feto nello stesso parto naturale, ed *a fortiori* in ogni caso di applicazione di forcipe, di craniotomia o di rivolgimento. Il Barnes si attenne ognora a tale pratica, e fu non poco sorpreso in questi ultimi anni di vedere tale metodo alzato all'onore di un nuovo trovato ostetrico da un professore di Germania. Che però una tale pratica non fosse molto in uso nella stessa Inghilterra risulta per confessione stessa del Playfair, il quale proclama apertamente, fra tutte le innovazioni moderne dell' ostetricia, nessuna reg-

gere in confronto alla sistematica compressione uterina o spremuta del feto; con tal mezzo egli assicura d'avere spesso in critiche contingenze fatto varcare lo stretto superiore alla testa, convertendo in semplice una difficile applicazione di forcipe.

Circa il valore della segale cornuta, in questo periodo del travaglio, quale succedaneo del forcipe, havvi pure discrepanza fra gli ostetrici volendola taluni (Barnes, Lombe Hatthil, Alderson, Playfair) bandita in modo assoluto, mentre altri (M. Clintock, Basset di Birmingham, Braxton Hicks, Roper, Graily Hewit) ne commandano l'uso. Questi ultimi professano di non avere mai notato inconvenienti amministrando la segale cornuta quando la testa essendo già nello scavo, normali conoscendosi i diametri, all'espulsione del feto non manchi che un leggiero aumento della *vis a tergo*. Circa ai pericoli per la vita del feto, siccome sono meramente d'ordine meccanico, non sono da paventarsi se la donna non prova effetti per l'amministrazione della segale cornuta, ove questa valga a ridestare le contrazioni uterine, il feto in breve vedrà la luce: che se ciò non si effettua dopo dieci minuti dalla comparsa dell'azione ergotica, tali autori s'appigliano tosto al forcipe. Il Barnes benchè esiti a condannare in modo assoluto l'uso della sagale in tali emergenze, professa apertamente di dare la preferenza al forcipe per le seguenti ragioni: 1.º L'esperienza ha dimostrata l'esattezza delle osservazioni fatte da Hardy e M. Clintock al Rotunda Hospital, per le quali venne posto in sodo che dopo l'amministrazione della segale cornuta se il parto non si effettua in brevissimo tempo, havvi molta probabilità della morte del feto. — 2.º L'azione della segale cornuta è incerta: ora manca affatto, spesso è deficiente, talora eccessiva. — In questo ultimo caso si hanno a temere tutti i danni di un parto laborioso, rottura dell'utero, lacerazioni delle parti molli, morte del feto, ecc. — 3.º In molti casi l'arresto della testa nello scavo è dovuto ad un difetto di posizione come nella varietà occipite posteriore: l'occipite si divolve sotto il promontorio del sacro, e la forza propellente propagata lungo il dorso del feto spiegasi in una falsa direzione, e tende a ripiegare ognora più la testa sul suo asse trasversale. — Anmentare questa forza coll'amministrazione della segale cornuta è un procedimento contrario ai dettami della scienza ed in sommo grado pericoloso. In simili emergenze si ha un mezzo sicuro ed efficiente nel forcipe, il quale non solo somministra la forza deficiente, ma a questo dà pure quella giusta direzione, senza cui solo in casi eccezionali sarà dato raggiungere lo scopo.

Passando ora allo studio delle indicazioni del forcipe e suoi succedanei nel primo periodo del travaglio lento, troviamo essere fra loro ancora più discordanti le opinioni degli ostetrici inglesi. Qui tosto si affaccia il quesito: « Havvi pericolo per la madre o per il feto a causa del prolungarsi oltre l'ordinario del primo periodo del travaglio? » — M. Clintock di Dublino in tali frangenti afferma d'essersi ognora attenuto al seguente assioma, di valore a niun secondo fra gli assiomi ostetrici: « Fino a che le membrane sono integre e quindi non è colato il liquido amniotico, tanto il feto che la madre non corrono pericolo di sorta in causa di rallentato travaglio. » Roper e Kidd vanno più oltre ed assicurano, basandosi sopra una vasta esperienza acquisita tanto nella clientela privata come nelle sale della Maternità da essi dirette, che non ebbero mai ad osservare un solo caso in cui il feto o la madre abbiano sofferto danno per il semplice prolungarsi del primo periodo del travaglio. Graily Hewitt, Braxton Hicks, Johnston ed altri sostengono invece, quanto già era stato ammesso dalla Scuola di Edimburgo per opera di Hamilton, Burns e di Sir James Simpson, che gravissime sono spesso le conseguenze di simile lentezza, potendo conseguirne infiammazione e gangrena della vagina, rottura dell'utero, e ciò più particolarmente quando la testa del feto in causa di precoce rottura del sacco amniotico scende a comprimere l'assottigliata cervice uterina prima che la bocca ne sia intieramente dilatata; in questo ultimo caso il Jonhston non esita ad applicare il forcipe anche quando il collo non abbia raggiunto che un quinto della sua dilatazione.

Kidd di Dublino non crede si debba in simili emergenze ricorrere al forcipe con troppa precipitazione, chè la lentezza del travaglio è spesso attinente a cause cui puossi andare al riparo con mezzi semplici. Anzitutto tale fatto può offrirsi per il ritardo nella rottura del sacco: in questo caso egli dà il consiglio di introdurre un dito nel collo, e staccare le membrane all'ingiro; trascorso un po' di tempo, ed al sopraggiungere di un dolore, comprimendo col polpaccio del dito il cercine uterino, questo si dilaterà sufficientemente da venire compenetrato dalle membrane, le quali agendo a mo' di cuneo in breve faranno scomparire il collo e ne seguirà il parto senza ulteriore bisogno di istrumento. È meno favorevole il caso quando il sacco siasl rotto prima della completa dilatazione del collo, e che la testa dei feto faccia pressione sopra questo. Dick assicura che in queste circostanze riescì sempre a rendersi padrone della rigidità del collo, sfiorando e premendo all'ingiro col polpaccio del dito il cercine uterino.

Questa manovra torna infruttuosa solo quando in antecedenza siasi imprudentemente amministrata della segale cornuta, oppure che troppo siasi indugiato ad intervenire, cosicchè la testa si trovi già violentemente forzata in basso. La donna in questo caso è in preda ad irrequietudine e dolore, il polso si fa celere e le parti molli corrono pericolo d' infiammazione e gangrena ed urge il liberarla. Però anche ammessa una dilatazione di due quinti del collo, cioè di due pollici e mezzo, introdurre il forcipe e trarre fuori la testa per tale apertura è secondo il Kidd pratica pericolosissima, come quella che può indurre gravi lacerazioni uterine. Egli preferisce ricorrere al bagno caldo generale, alle doccie calde sull' utero ed all' amministrazione di una dose generosa di cloralio: ove con tali mezzi non si riesca, non esita a cloroformizzare la donna; con ciò si ottiene in breve tempo che la testa varchi lo stretto superiore, ed allora, secondo il maggiore o minore esaurimento, l'ostetrico deciderà se debba abbandonare il parto alla natura oppure applicare il forcipe.

Il Prof. Lombe Atthill fece osservare che nei casi di leggiero restringimento dei diametri dello stretto superiore, i quali non si ponno valutare coll'ordinaria esplorazione digitale e richiedono l' introduzione dell' intiera mano, è difficile che si ottenga una dilatazione completa del collo. Egli unitamente al Prof. Stephenson d'Aberdeen, ragionarono della confusione che trae seco l'abitudine invalsa in ostetricia di parlare di bocca dell'utero dilatato o non, come se si trattasse di un semplice anello e pel suo espandersi ogni inciampo al parto fosse tolto. È della massima importanza il distinguere le condizioni della bocca da quelle della cervice uterina; quella può relativamente trovarsi ancora ristretta, ed al collo essere cionondimeno assottigliato. L'intero segmento inferiore dell'utero deve dilatarsi durante il travaglio; ove ciò non accada, applicando il lungo forcipe si riconosce poi che la difficoltà di estrarre il feto non risiede alla bocca dell'utero ma nella cervice, ed ostinandosi nelle trazioni in questi casi, tirasi in basso l' intero utero in guisa che le labbra del muso di tinca appaiono all'ostio vaginale.

Molins di Birmingham, fedele ai precetti di Hamilton, ammette tuttora che in tali emergenze il rivolgimento debba anteporsi al forcipe. Pochi sono gli ostetrici che al giorno d'oggi dividono tale opinione, la quale fu la dominante quando il forcipe era ancora costrutto in guisa che troppo difficile riusciva il giungere a fare prova della testa al disopra dello stretto superiore: nè il rivolgimento in questi casi è tanto facile e scevro d' inconvenienti come per avventura a

taluni potrebbe sembrare, ed il Lombe Atthill confessa d'avere più volte provata non poca difficoltà a fare passare la testa del feto attraverso al cingolo strozzante formato dal collo uterino non completamente dilatato. Di queste difficoltà fanno prova ancora i frequenti casi di craniotomia, che preferivasi al rivolgimento, quando ancora non era in uso il forcipe lungo; operazione che Braxton Hicks non esita a proclamare più pericolosa per la madre della stessa applicazione di forcipe. Barnes compulsando le statistiche inglesi provò che la frequenza delle applicazioni di forcipe e della craniotomia segue la ragione inversa, citando le differenze notate nella pratica di alcuni fra i più eminenti operatori: Collins pratica la craniotomia in 1 sopra 255 parti ed applica il forcipe in 1 su 607: Ramsbotham ricorre alla craniotomia in 1 su 802, al forcipe in 1 su 670 casi: Johnston usa la craniotomia in 1 su 281 casi ed il forcipe in 10 $^1/_2$: Robert Lee accerrimo oppositore del forcipe, consulente ostetrico per una lunga serie di anni praticò la craniotomia 186 volte, ed applicò il forcipe in soli 83 casi. Dal punto di vista scientifico la craniotomia non può essere considerata un succedaneo del forcipe: l'operazione che ha per obbiettivo il sagrificio non deve stare a lato di quella che ha per iscopo la conservazione del feto. Havvi, per servirci di un'espressione famigliare fra gli uomini di Stato, una frontiera scientifica contro la craniotomia; questa non è ancora in nostro potere, forse non ci sarà mai dato di averla, ma virtualmente esiste, ed è nostro dovere di cercare d'impadronircene sporgendo sempre in avanti gli avamposti del forcipe e del rivolgimento.

Johnston è fra tutti gli ostetrici inglesi il più caldo propugnatore dell'applicazione del forcipe nel primo periodo del travaglio: ei la crede necessaria anche prima della completa dilatazione del collo, ad evitare i danni che possono derivare alla madre dalla compressione della testa sulle parti molli ove per cause fortuite il sacco delle acque siasi rotto anzitempo, oppure avvenga che, pur rimanendo integre le membrane, la testa venga a premere sul segmento inferiore dell'utero e le acque rimangono al di sopra. Un'indicazione pure frequente al forcipe trova il Johnston nei casi di trisma uterino, facile ad osservarsi nelle donne delicate e nervose, le quali col frequente contorcersi sviano la resultante delle contrazioni uterine dal loro scopo ed esauriscono inutilmente sè stesse, mentre la vita del feto si trova in pericolo come se la donna fosse sotto l'azione della segale cornuta. Braxton Hicks nota come questa irritabilità varia secondo le razze: il sistema nervoso della razza celtica è molto più irritabile di quello

della sassone, e questo potrebbe essere non una delle ultime ragioni perchè il Johnston a Dublino debba ricorrere al forcipe con maggiore frequenza relativa dei suoi colleghi di Londra.

Robert Barnes afferma che una prima difficoltà al compiersi del primo periodo del travaglio si ha anzitutto quando le contrazioni uterine sono più o meno paralizzate o sviate per eccesso di liquido amniotico, per la presenza di gemelli, per feto troppo voluminoso, o per estrema rigidità del collo. Si ovvia alla prima difficoltà colla semplice puntura delle membrane: può accadere che l'evacuazione delle acque non si faccia in modo soddisfacente e che la testa del feto si precipiti sopra la cervice uterina non peranco dilatata, otturandone l'ostio a mo' di valvola. In tali emergenze egli consiglia di introdurre una branca del forcipe con cui solleva la testa dalla cervice, formandosi così un canale per cui defluiscono le rigurgitanti acque, che erano d'intoppo allo spiegarsi della funzione diastaltica. Ove l'utero non reagisca per questo semplice espediente, s'introduce la seconda branca ed il parto viene affidato al forcipe. In secondo luogo il travaglio si fa lento per la morte del feto, che perduto il potere di resilienza s'accartoccia sopra sè stesso ad ogni contrazione invece di spingersi in avanti. Si può in questi casi ricorrere alla craniotomia, conviene però essere certissimi della morte del feto. Può pure accadere che le acque sieno colate sufficientemente e la testa del feto si mantenga al di sopra dello stretto superiore, o vi si impegni parzialmente e si trovi le cervice uterina imperfettamente dilatata. Le cause di un tale arresto sono molteplici: il più delle volte è dovuto a sproporzione tra i diametri del feto e quelli del bacino, oppure si tratta di posizione anormale. La segale cornuta è da proscriversi assolutamente in queste contingenze: conviene cloroformizzare la donna ed esaminare attentamente da che proceda l'arresto del travaglio: se è dovuta a semplice atonia egli è d'avviso che non si corra gran rischio pel temporeggiare. Havvi un quinto ordine di casi in cui la lentezza del parto nel primo periodo è cagionato dal soverchio pendolare del ventre in avanti di guisa che l'asse dell'utero e del feto non sono più nel dovuto rapporto coll'asse del bacino. Il forcipe è in questi casi indicato anche se il collo non è completamente dilatato, oppure si potrà procedere al rivolgimento: tanto nell'una quanto nell'altra operazione troverà assai vantaggioso l'aggiunta della compressione addominale.

Circa la difficoltà dell'atto operativo lo stesso Johnston asserisce: « Credo mio dovere di mettere in guardia gli ostetrici che l'operazione è irta di pericoli se non è fatta da mano maestra. » Il Barnes

va più innanzi ed afferma che l'operazione non va esente da pericoli anche nelle mani dei più esperti. Le difficoltà incominciano nell'introduzione stessa delle branche, facile essendo che queste sdrucciolino sul lato esterno del collo e vengano spinte nella ripiegatura superiore della vagina, che può venire perforata. Degli inciampi per la non completa dilatabilità del collo si è discorso più sopra: ma circa questo punto havvi divergenza massima di pensare tra Barnes e Johnston, il primo lamenta la frequenza delle lacerazioni del collo, ed il cincischiare che ne segue delle parti molli: Johnston fondandosi sopra 169 operazioni da lui praticate asserisce di non avere osservato inconveniente di sorta, a eccezione di un caso in cui si ebbe a lamentare la gangrena della vagina da lui attribuita alle troppe esplorazioni fatte prima di intraprendere l'operazione. In quanto al collo nei casi letali all'autopsia si constatò non essere più malconcio di quanto suole avvenire nelle primipare per un travaglio normale. Il Barnes ravvisa tale operazione come dolorosa e lamenta la durata di un'ora o più. Il Johnston afferma di non avervi mai impiegato più di venti o trenta minuti, ed in quanto al dolore ei lo evita cloroformizzando le partorienti.

Per ciò che spetta alle conseguenze dell'operazione, fatta nel primo periodo del travaglio, sulla vita del feto mancano dati statistici precisi. Solo Lombe Atthill confessò che pochi bambini si salvano per questi ripetuti sforzi di estrazione, chè anzi quelli nati vivi non sorvivono molte ore. Circa alla madre M. Clintock compulsando i registri del Johnston venne al seguente risultato: sopra 169 casi in cui questi applicò il forcipe prima della completa dilatazione del collo, di cui 15 per placenta previa, procidenza del cordone o convulsioni, si ebbe una mortalità di 5,2 %. Analizzando però la causa di tali sinistri si trova che in cinque delle partorienti la salute era già gravemente compromessa prima dell'atto operativo, cosicchè la mortalità si ridurrebbe a poco più del 2 %. Il Roper invece, contrario alle applicazioni di forcipe nel primo periodo del travaglio, riunendo più statistiche di ostetrici inglesi afferma che sopra 752 casi la mortalità risulti del 13 %, per il che confessa francamente che era lungi dall'aspettarsi un risultato tanto favorevole.

Appare quindi che la via di mezzo sia la più sicura in queste come in altre divergenze cliniche e che il proverbio: *Ni jamais ni toujours*, è pur sempre il sapientissimo fra i proverbi, come pur fra gli assiomi ostetrici debba considerarsi per eminentemente pratico questo del Böer: « Non si tolga tutto alla natura, e tutto a questa non si lasci. »

VERCELLI.

ANNOTAZIONI

SULL'AMPUTAZIONE CESAREA UTERO-OVARICA

1. **Schlemmer.** — *Die Porro — Operation oder die neue Kaiserschnitt — Methode nach Porro und ihre moralischen Grenzen.* — Stuttgart, 1881.

Questo lavoro non risplende certo per l'esattezza e per la dottrina, dotì frequenti nei lavori tedeschi, ed il lettore non potrà sicuramente trarne maggior conoscenza dell'argomento. Esso non prende in esame che i primi 50 casi quali furono raccolti da Harris e riporta tradotte le conclusioni del lavoro di Berruti. Citerò qualcuna delle amenità di cui è infiorato questo lavoro. Così a pag. 6 scrive: *Porro tentò per la prima volta l'operazione nel* 1876 *in una donna affetta da carcinoma dell'utero la quale sopravvisse più di* 20 *ore.* Ed è incoraggiato da questo caso che stabiliva poscia le basi del nuovo metodo ed operava nello stesso anno con felice esito per la madre ed il feto. Parlando della tecnica operatoria seguita da Porro dice che questi sgusciava l'utero col suo contenuto dalla ferita addominale, per cui ne consegue che più avanti fra le modificazioni apportate in seguito accenna a quella di incidere l'organo in situ *(sic)*. Nè più edotto si dimostra della nazionale letteratura laddove dice proprio a pag. 1 che l'operazione di Porro non è ancora descritta in alcun trattato tedesco, mentre se avesse letto, non dico la seconda edizione di C. Braun edita nel 1880, ma il trattatello di Stahl edito nel 1876, ne avrebbe trovato esatta menzione. Lo stesso dicasi quando a pag. 8 scrive che Hegar eseguiva ad insaputa del caso di Porro la stessa operazione in donna *affetta da fibromi uterini*, mentre nella comunicazione di Dorf che riferisce tal caso trovo invece che si trattava di una donna con cifosi lombo-dorsale a pelvi considerevolmente ristretta ed affetta contemporaneamente da nefrite. Così pure si fa un cenno inesatto al caso di Haussner.

Entrato poi nel campo morale l'autore dipana la solita matassa di

periodi filaccicosi (tolgo la frase a Yorik di *Fanfulla*), in uno dei quali ci porge la peregrina notizia che le decretali cristiane e giudaiche non permettono i doveri maritali con una donna notoriamente castrata. Si serva pure ma non tiri in ballo la statistica con quel po' di dottrina mostrata, oppure si degni almeno di fare il confronto tra il nuovo e l'antico metodo nelle maternità dove almeno si è certi di raccogliere *tutti i casi col loro esito.*

In ultima analisi sarebbe giustificabile e non immorale il metodo di Porro solo nei casi di degenerazioue dell'utero e di atresie della vagina, o neoformazioni della piccola pelvi che impediscono il deflusso dei lochi. Negli altri darebbe la preferenza alla sutura uterina che egli eseguisce con strumento speciale di sua invenzione.

2. **F. Levy.** — *Kraiserschnitt nach Porro's Methode.* — È un lavoro statistico rivistato dall'originale danese nel 1° numero del *Centralblatt f. Gynaek* 1881, ed è basato sopra 51 casi.

3. **Halbertsma** (Utrecht) — Stenosi pelvica: bacino rachitico, universalmente ristretto, piatto (C. V. 80 cent.). Rottura dell'utero senza lacerazione del peritoneo in seguito a tentativi di versione per presentazione di spalla. Sezione cesarea con amputazione dell'utero ed esportazione delle ovaie. Felice esito per la madre e pel bambino. L'utero venne inciso in situ: estratto l'utero venne applicata una legatura metallica il più basso possibile e al disopra di essa il moncone venne segmentato con due altre legature e quindi fissato all'angolo inferiore della ferita. L'operazione venne circondata colle cautele antisettiche. (Dal *Centralblatt f. Gynaek* N. 3).

4. Oltre il caso del Prof. Tibone riportato in questo stesso fascicolo, il Dott. Parona praticava in Novara il taglio cesareo col metodo Porro su una donna rachitica gravemente viziata il 21 gennaio; disgraziatamente la donna soccombeva in 8ª giornata per tetano.

5. In una lettera diretta a Pinard *(Annales de Gynécologie*, février, 1881), Rein insiste sul principio della mancanza di emorragia, proprio del suo metodo, applicando *in situ* un tubo elastico di Esmarch attorno al collo uterino e poi lasciandovelo e fissando l'ansa elastica trafiggendo il collo uterino con due aste tra loro perpendicolari al disopra della legatura. MANGIAGALLI.

ISTITUTO CLINICO-OSTETRICO DI TORINO

Movimento clinico-operativo

del 1° trimestre (Novembre Dicembre e Gennaio) 1880-81

Totale dei Parti 105 { Spontanei 77 — Decessi 1 (1)
Artificiali 28 — » 2 (2)

Donne trasportate all'Ospedale Maggiore di S. Giovanni 3 (3)
Donna morta prima di sgravarsi 1 (4)

A) **Estrazione manuale.** — 1. Pres. podalica incompleta — varietà natiche. S. I. D, A. 1° feto di un parto gemellare. Feto vivente — Lacerazione perineale completa. Puerperio normale (V. N. 14 e 30).

---

(1) Questo decesso si deve ad etero-infezione per parte dello studente incaricato dell'assistenza al parto. Questi portava non medicato un exema suppurante in una gamba; questo fatto venne conosciuto soltanto dopo.

(2) Di questi due decessi l'uno (N. 17) non avvenne per causa infeziosa ma per edema polmonare da insufficienza della mitrale per vegetazioni sorte rapidamente su di essa; l'altro (N. 36) appartiene alle gastro-istero-ovariotomia cesarea soltanto come concomitanza, poichè all'apertura delle pareti addominali un abbondante fiotto di siero sanguinolento ed una avvanzata iperemia del peritoneo parietale tradì la precedente esistenza della peritonite.

(3) Di queste tre donne trasportate all'Ospedale di S. Giovanni una era affetta da artrite pelvica suppurante, la seconda da flebite della crurale destra, ambedue guarite; la terza vi ritornò per tisi polmonare, di cui morì vari giorni dopo.

(4) Si trattava di donna pluripara, gravida di 6 mesi ed eclampsica. Morì poche ore dopo la sua entrata in Clinica e prima di sgravarsi. Venne preparato l'utero in sito.

2. Pres. Podalica completa. S. I. D. P. Feto asfittico non riavutosi. — Puerperio normale.

3. Pres. Podalica incompleta - varietà natiche - S. I. S. A. Feto asfitico riavutosi. Lacerazione perineale quasi completa. Puerperio normale (V. N. 33).

4. Pres. Podalica incompleta-varietà natiche - S. I. D. A. Feto sano - Puerperio normale.

5. Pres. Podalica incompleta - varietà piedi - S. I. D. P. È il primo feto di una gravidanza gemellare. Feto sano. Puerperio normale.

B) **Rivolgimento.** — 6. Spalla sinistra - C. I. S. - Madre e feto sani.

7. Spalla destra - C. I. S. - appena rotte le membrane si praticò la versione - madre e feto salvi.

8. Pres. trasversale - varietà dorsale. C. I. S. Procidenza del funicolo. Feto morto asfittico. Puerperio normale.

9. Procidenza del funicolo. Pres. - V. O. I. S. A. Evoluzione difficile. Madre e feto salvi. Lacerazione completa del perineo (V. N. 29.)

C) **Forcipe** — 10. Pelvi generalmente ristretta e piatta. C. V. 78 mm. Pres. V. - O. I. D. T. Tentativo di applicazione del forcipe Tarnier allo stretto superiore. Non fu possibile applicare la seconda branca. Applicazione del forcipe tedesco - Madre e feto salvi.

11. Inerzia uterina - Pres. V. - O. I. S. A. Applicazione di forcipe nello scavo. Feto voluminoso (4100 gr.) Lacerazione vulvo-perineale di 2° grado. Madre e feto salvi. (V. N. 31).

12. Pelvi generalmente ristretta e piatta. C. V. 82 mm. Pres. V. - O. I. D. P. Applicazione del forcipe inglese allo stretto superiore. Madre e feto salvi.

13. Eclampsia - Applicazione di forcipe nello scavo - Madre e feto salvi.

14. Inerzia uterina - Applicazione di forcipe nello scavo. È il secondo feto di un parto gemellare. Lacerazione completa del perineo. Feto asfittico. Puerperio normale. (V. N. 1 e 30).

15. Inerzia uterina - Applicazione di forcipe nella parte superiore dello scavo. Madre e feto salvi.

16. Procidenza del funicolo. Pres. - V. O. I. D. P. Applicazione del forcipe tedesco nello scavo - Feto asfittico - Puerperio normale.

17. Dispnea grave da edema polmonare - Parto prematuro provocato. Applicazione di forcipe inglese allo stretto superiore con dilatazione di 7 cent. Resistenza del collo - Craniotomia - Estrazione col forcipe - Madre morta in 2ª giornata di edema polmonare ed endocardite vegetante (V. N. 24 e 26).

18. Pres. Fronte. O. I. S. A. Applicazione di forcipe allo stretto inferiore. — Madre e feto salvi.

19. Pres V. - O. I. S, A. Irregolarità nel battito cardiaco - 2° periodo, ore 3 per resistenza del perineo - applicazione di forcipe allo stretto inferiore - Madre e feto salvi.

20. Pluripara. Pres. V. - O. I. D. P. Applicazione di forcipe nello scavo per deficienza del moto di rotazione e rallentamento del battito fetale (60) - Feto asfittico riavutosi. Puerperio normale.

21. Pluripara - Pres. V. - O. I. S. T. Applicazione del forcipe allo stretto superiore per resistenza del collo dell'utero ed ernia ombellicale voluminosa non riducibile intieramente - Feto asfittico riavutosi - (Peso 4700 gr. - Diam. Bp a. 104 - Bp. o. 101 - lung. 54) - Puerperio normale.

22. Primipara - Pres. Fronte - O. I. S. A. - Applicazione di forcipe allo stretto inferiore per mancata flessione del capo - Feto asfittico riavutosi - Puerperio normale.

23. Primipara - Pres. V. - O. I. S. A. - Applicazione di forcipe nello scavo per irregolarità nel battito cardiaco del feto e mancato moto di rotazione - Feto salvo - Puerperio normale.

D) **Parto prematuro provocato.** — 24. Ortopnea da edema polmonare - Metodo di Krause e Tarnier - Gravidanza prossima al termine (V. N. 17 e 26).

25. Edema polmonare - minaccia di soffocazione - gra-

vidanza prossima al termine - Metodo Tarnier - Madre e feto salvi.

E) **Embriotomia.** — 26. Craniotomia col trapano Braun col forcipe in sito per resistenza del collo uterino e a feto morto. Estrazione col forcipe (V. N. 17 e 24).

27. Craniotomia e cranioclastia Braun in pelvi rachitica generalmente ristretta e piatta. — C. V. 73 mm. - Pos. O. I. S. T. - Puerperio normale.

28. Primipara - Pelvi rachitica, generalmente ristretta e piatta - C. V. 76 mm. - Pres. V. - O. I. S. A. - Tentativo di estrazione col forcipe (2 trazioni) - Craniotomia col trapano Braun - spappolamento e svuotamento della sostanza cerebrale - Lacerazione estesa del perineo - Puerperio normale (V. N. 34).

F) **Perineorafia.** — 29. Lacerazione completa del perineo - Sutura profonda incavigliata e superficiale intercisa - Sutura immediata - Coalito perfetto (V. N. 9).

30. Lacerazione completa del perineo - 2 punti di sutura intercisa sulla parete vaginale posteriore - 3 profondi di sutura incavigliata e 4 di superficiale intercisa - Sutura immediata - Coalito per le 2 prime suture - l'ultima, la superficiale, falli (V. N, 1 e 14).

31. Lacerazione vulvo-perineale di 2° grado. - Sutura profonda incavigliata (3 punti), superficiale intercisa (4 punti) - Coalito per tutta la lunghezza della lacerazione meno mezzo centimetro alla commessura vulvare posteriore.

32. Lacerazione vulvo perineale della lunghezza di 4 cent. - tre punti di sutura profonda incavigliata e 4 di superficiale intercisa - Coalito perfetto.

33. Lacerazione peritoneale quasi completa - 3 punti di sutura profonda incavigliata e 4 di superficiale intercisa - Coalito completo (V. N. 3).

34. Lacerazione di tutto il setto, deviante a destra dello sfintere anale fino ad 1 cent. dietro di esso; lo sfintere esterno è perciò rispettato - Sutura perineale 12 giorni dopo il parto, cruentando le superfici che devono affrontarsi - Sutura metallica profonda - 2 punti staccati - 2 superficiali staccati di seta - Coalito mancato (V. N. 28).

G) **Secondamento artificiale.** — 35. Pluripara - Pres. V. - O. I. S. A. Contrazione spasmodica dell' orifizio interno dopo la cacciata del feto - Si introduce la mano in vagina e tre dita nella cavità uterina - Puerperio normale.

H) **Gastro-istero-ovarectomia cesarea.** — 36. Osteomalacia grave - Diam. interischiatico 52 mm. In travaglio da 55 ore - Pluripara - Tentativi inutilmente fatti a casa - Arriva in Clinica con feto putrefatto e in corso di peritonite - Morte della donna in 2ª giornata.

Nomina. — Il Dr. Mangiagalli Luigi, venne nominato in seduta del 18 febbraio, Membro corrispondente della Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Prof. Dott. Domenico Chiara, Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume III. Marzo-Aprile 1881 N. 3 e 4.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

LA IRRIGAZIONE INTRAUTERINA CONTINUA

NELLA ENDOMETRITE SETTICA

e il trattamento chirurgico della metroperitonite puerperale,

STUDI E PROPOSTE

del Dott. ARTURO BOMPIANI

Medico Assistente nella R. Clinica Ostetrica e Ginecologica,

Chirurgo sostituto degli Ospedali di Roma.

Comunicazione preventiva.

« In casi gravi e perigliosi frangenti, il ministero del chirurgo non si compendia di certo in una rassegnata inoperosità, non mutata dallo apparente affannarsi nello schermirsi con inefficaci risorse, meglio imprestate alle routine, che a qualsiasi concetto terapeutico; il suo dovere è di agire prontamente e mirando al fine non transigere coi mezzi. »

BOTTINI, *Laparotomia antisettica*, p. 52.

I.

Quelle fra le maternità che sono una patente negazione del nome che portano, per l'assieme di condizioni antigieniche, e talora anche una terapia tarda e male diretta ci mettono non di rado nella dolorosa condizione di assistere allo spettacolo miserando della decimazione di floride e sanissime giovani che ebbero la disgrazia di partorirvi.

Le autossie ci danno quasi costantemente un reperto: endometrite settica (difterica) e metroperitonite diffusa. A questa nota principale vanno spesso congiunte le affezioni di colpite difterica, pleurite essudativa, ecc. Le morti fra i primi cinque giorni dall'insorgere della peritonite raramente ci danno più che vasti essudati purulenti e fiocconosi nella cavità peritoneale; non ancora la organizzazione di essi, che osserviamo più di frequente in quelle che cessarono di vivere più tardi. Queste ultime spesso hanno la massa intestinale riunita in un solo pacco e non di rado aderente al peritoneo parietale con vaste raccolte di pus nelle declivi regioni dei fianchi e sotto la volta diaframmatica ai lati della colonna vertebrale. Davanti a tali autopsie si resta convinti di un fatto, che già si era previsto durante la vita della inferma e non se ne trae mai alcun utile insegnamento. Prima e dopo si era rassegnati alla perdita della puerpera, perchè rapita da incurabile male. I soliti tentativi rutinarii si sono messi in uso più per soddisfare alle apparenze, per ingannare noi stessi, ma non con una viva speranza, con ferma convinzione di salvare la infelice paziente.

Trattamento antiflogistico: caldo umido ai primissimi dolori della metrite, poco più tardi sanguisugio locale, frizioni risolventi mercuriali, talora epitema freddo a permanenza, tal altra anche a processo più avanzato applicazione di vescicatorii. L'infiammazione peritoneale ciò nonostante progredisce rapidamente e la inferma tormentata da noi e straziata dai suoi dolori muore. Il curante è persuaso che così dovea avvenire e si dà pace. Ma si può veramente acquietarsi innanzi a fatti così umilianti per l'arte nostra, senza studiarsi di vedere onde la infiammazione peritoneale proceda come si mantenga e rapidamente si diffonda, ed in quale guisa sia micidiale alla inferma? No.

Non occorre che io qui mi dilunghi a tracciare la ordinaria via di formazione di tali peritoniti. Basta si conceda che la maggior parte di esse sono metroperitoniti seguite ad endometrite difterica.

Il fatto anatomico costante è questo: all'ostio vulvare lungo la vagina, in direzione longitudinale, nel collo dell'utero lacerato, nella mucosa uterina e specialmente nella sede d'impianto placentale; ora in talune di dette parti, ora contemporaneamente in tutte, talora in punti limitati, tal altra in estese porzioni si notano o placche difteriche grigiastre, polpose o una poltiglia

fetidissima e nerastra. Incisa la spessezza del muscolo uterino, i vasi linfatici ampiamente dilatati sono pieni di pus ricco di microrganismi. Il pus del cavo addominale di questa morta è riccamente popolato dagli stessi germi viventi ed infettanti tutta la economia.

Contro le locali alterazioni testè accennate dei genitali oggi giorno si provvede con le injezioni antisettiche spinte fin entro la cavità dell'utero (1), e con l'applicazione del drenaggio uterino a permanenza proposto dal Langenbuck, la cui buona prova venne constatata anche dal Dott. Luigi Mangiagalli, assistente nella Maternità di Milano (2).

In molti casi però la injezione intrauterina temporaria è insufficiente; in questi vi andrebbe sostituita quella continua. A Praga, ad Halle ed a Berlino nei comparti ostetrici dei professori Breisky, Olshausen e Schröder ho visto usare tale processo di irrigazione continua frequentemente, e ne ho inteso i detti ginecologi lodarsene assai.

Tale irrigazione continua intrauterina presso di noi è poco o punto usata. Lo Schröder che ne è l'autore o per lo meno colui che con la maggiore confidenza se ne serve, mi mostrava parecchi casi in tal guisa curati e me ne faceva osservare uno in via di guarigione: in quella donna, in poche ore, egli era riuscito con il detto processo ad abbassare la temperatura da 40° C. al grado normale. La inferma era sotto tale trattamento da otto giorni.

Essa era adagiata sopra un cuscinone solido ricoperto di tela impermeabile che le sosteneva la testa ed il tronco in un piano alquanto più elevato di quello sul quale poggiavano le gambe. All'avanti di tale cuscino il letto è forato per dare passaggio ad un tubo che porta via il liquido dai genitali muliebri in un vaso sottostante al letto. La inferma vi è adagiata in modo da avere il perineo un poco sporgente dal margine anteriore del cuscino. Un grosso drenaggio piegato ad U penetra fino nel cavo uterino; di esso un estremo è in comunicazione con il tubo emissario,

---

(1) In Italia si fu, se non i primi, fra i primi certo ad usarle: Esterle praticava le injezioni intrauterine fino dal 1859. Si consultino i lavori di Schülein, di Richter, di Munster, di Rendu, di Morisani, di Cuzzi e di De-Paoli. Oggi giorno però presso di noi dovrebbero essere più diffuse di quello che sono.

(2) « Sul valore del metodo antisettico nella pratica ostetrica » 1877. *(Gazz. Med. Ital. Lombardia).*

l'altro estremo comunica con il tubo che scende da un vaso. Questo sta a piedi o a fianco del letto sopra un sostegno che può variare di altezza a volontà del medico, in guisa da imprimere una maggiore o minore forza alla corrente irrigativa. Il liquido medicamentoso che riempiva il vaso nei primi due giorni era una tiepida soluzione fenicata al 2 %; nei dì successivi se ne abbassava la temperatura con pezzi di ghiaccio messi a sciogliersi lentamente in detto vaso. L'effetto meravigliosamente salutare di tale processo terapeutico mi era gentilmente mostrato su molti casi dalla squisita cortesia del Prof. Schröder. Il Professore Olshausen e Breisky ne commendavano molto l'uso e l'assistente del Prof. Freund, che incontrai a Praga, mi assicurava che il suo maestro, il recente ginecologo di Strasburgo, ne faceva larghissimo uso con i più soddisfacenti risultati. Tale processo è fra noi ancora poco noto.

II.

Ma non è qui che io intendo fermarmi. Talvolta e non rarissimamente, nononstante simili cure si eccita un processo flogistico del tessuto uterino che presto si diffonde al peritoneo. In tal caso, ecco che tutti noi, esauriti i già accennati usuali soccorsi, ci leghiamo le mani e non facciamo altro se non quello che lo stesso Schröder rispondeva al Bottini (1) quando lo interrogò che cosa egli suolesse fare in casi di peritonite traumatica estesa. Cioè, che riteneva opera pietosa lasciare che questi poveri sciagurati morissero in santa pace. Infatti noi mossi da pietà, quando osiamo fare qualche cosa, injettiamo loro sotto-pelle una soluzione di cloridrato di morfina perchè meno soffrano negli ultimi loro momenti e nulla più. Troppo poco! Che altro mai resta à fare? Ciò che sono per proporre ha forse per taluno del paradossale; ma nel campo delle analogie il mio modo di vedere ha un'ampia conferma; e la gravezza del caso, che è disperato, credo imponga ogni ulteriore tentativo, il quale sopra indirizzo scientifico accenni ad un razionale criterio terapeutico.

Il peritoneo nel più delle puerpere, abbiamo detto, è acceso d'infiammazione settica; questa flogosi, cominciata per propaga-

(1) *Loc. c.*, p. 6.

zione delle morbose condizioni dell'utero, è ora mantenuta ed alimentata dalla propria essudazione purulenta in esso peritoneo versata e da esso peritoneo riassorbita. Onde diffusione di processo nella località, intossicazione dell'organismo generale. Si possono tali due processi arrestare nel loro corso e limitare nella loro azione esiziale? Sì.

I progressi della moderna chirurgia, guidati da sicuro e scientifico sperimento, lo attestano in modo non più discutibile. Da un lato Wegner sperimentalmente dimostra come l'essudato purulento od un prodotto icoroso siano, nelle peritoniti così dette traumatiche, la sola causa della infiammazione peritoneale in loco e della infezione di tutto il corpo. Ponfick, Bizzozero, Salvioli e Golgi, in aiuto di quello, dimostrano come veramente il peritoneo assorba con celerità ed in grande quantità e liquidi ed elementi formati dal sangue. D'altro lato Wegner e Bottini dimostrano su ampia scala ed in isvariata maniera, come si possa impunemente assoggettare il peritoneo ad opportuna ed energica terapia. E infine la clinica facendo profitto dell'acquisto di tali nozioni ne dà un'ampia conferma con larga suppellettile di casi. Il Billroth, il Bardenheur, lo Czerny, il Volkmann e presso di noi il Bottini splendidamente dimostrano: come, insorta peritonite settica in seguito a peritoneotomie delle più vaste e di lunga durata, si possa riaprire il ventre già chiuso, lavarlo accuratamente e mantenerlo a piacere dell'operatore irrigato da liquidi medicamentosi, senza avere a paventare il menomo temibile accidente; anzi guadagnando rapidamente alla vita esistenze pochi istanti prima già decretate alla morte.

Chi legga il lavoro del Bottini *Sulla laparotomia antisettica* non può a meno di restare profondamente impressionato dai risultati che egli narra, ed ammirato dell'opera salutifera di una scientifica, avveduta e coraggiosa terapia. Or bene, io già da parecchio tempo avea ideato di potere opportunamente lavare il peritoneo di una puerpera; ma temeva d'esporre la idea, perchè non fosse presa per ubbia. Quando ebbi letto il libro del Bottini mi sentii rianimato e provai un senso di gratitudine per chi avea scritto quelle pagine così ricche di arditi pensieri.

Ciò che io propongo non ha alcun che di nuovo, non è se non un'applicazione nel campo ostetrico di una terapia già conclamata nel campo chirurgico.

Opino che sorpresa nel suo primo esordire o poco dopo la pe-

ritonite settica puerperale, essa sia suscettibile di una cura chirurgica. Cioè: *apertura limitata del ventre (in perfette condizioni antisettiche dell' ambiente e della fornitura terapeutica), introduzione di drenaggio, svuotamento spontaneo e per aspirazione del liquido essudato raccolto nel cavo peritoneale, irrigazione di questo più o meno prolungata secondo l' indicazione del caso in ispecie e ripetizione di tale atto quante volte occorra fino ad essersi assicurati di avere scongiurato il pericolo.*

A tal uopo intrapresi alcuni sperimenti sul cadavere, che riuscirono tanto più precisi purchè eseguiti nelle stesse condizioni richieste nel vivo, trattandosi di puerpere morte a breve distanza dal parto.

Osservazione I. *Cadavere di donna in ventesimosesto giorno di puerperio da un aborto al sesto mese, seguito da endo-metro-peritonite diffusa.* — Ha edemi alle estremità inferiori e gangrena incipiente lungo il tragitto della vena femorale sinistra. Il ventre è tumefatto come in gravida ad ottavo mese.

Pratico una incisione rettilinea ad un dito trasverso al di sopra dell'arcata femorale destra, parallelamente a questa ed allo esterno di una linea tirata dall'ombellico alla metà di detta arcata, per evitare la lesione dell'arteria epigastrica. La incisione cutanea è lunga cinque centimetri. Strato a strato giungo sul peritoneo che pungo. Ne esce uno zampillo di liquido cremoso; allargo la incisione e con onda abbondante esce il pus con grossissimi fiocchi fibrinosi. Con pressioni graduate sull'epigastrio, regioni ombellicali, ipogastrica e dei fianchi risalendo dal basso in alto, fo' uscire quanto liquido si contiene nel cavo addominale. Introduco mercè sonda uterina un grosso drenaggio che conduco fino nel cul di sacco retro-uterino. Con successive pressioni esce dal tubo il liquido che è contenuto nel cavo pelvico. Injetto per detto tubo dell'acqua e con ripetute pressioni ho la uscita di nuovo liquido abbondante; ripeto injezioni e svuotamenti ottenendo sempre un liquido più chiaro. Dopo faccio una corrispondente incisione nel lato sinistro; passo un lungo drenaggio e grosso circa un dito, finestrato nella metà della sua lunghezza da quattro larghi fori, introducendolo per una delle incisioni e facendolo uscire dall'altra, con le dita riesco ad affondare la sua metà nel cul di sacco posteriore. Injetto dal lato sinistro liquido, che esce dal destro portando seco nuovamente fiocchi fibrinosi e pus fino a diventare

chiaro. A facilitare la uscita di tutto il liquido dal tubo di egresso tengo il cadavere inclinato per tutta la sua lunghezza sul fianco destro.

Aperto il ventre si trovano tutte le anse intestinali unite in un solo pacco ed aderenti in vasta superficie alla parete anteriore dello addome.

Nelle regioni declivi dei fianchi si trovano saccate raccolte di pus. Densi essudati comprimono d'ambo i lati le vene iliache e specialmente a sinistra. Il drenaggio pesca con la sua ansa nel cul di sacco posteriore dell'utero. Il cavo pelvico è asciutto.

Osservazione II. *Puerpera morta d'anemia acutissima.* — In questa le incisioni riescono molto più profonde e più penose che non nella prima, perchè provvista di molto spesso pannicolo adiposo. Praticate le due aperture secondo le norme descritte nel precedente sperimento, con i due indici si conduce molto facilmente il drenaggio dietro al corpo dell'utero fino al fondo della piega di Duglass. Injetto da un estremo del tubo il liquido che esce dall'altro estremo in getto abbondante. Introduco liquido nel cavo pelvico al di fuori del drenaggio e da questo lo aspiro fino ad asciugamento completo della escavazione; come si vede poi aperto l'addome. L'utero si trova voluminoso e floscio superare il livello del sacro e starvi a contatto. Noto questo fatto per avvertire che se il tubo di drenaggio non avesse avuto un buon calibro e pareti resistenti, in questo caso sarebbe rimasto schiacciato dall'utero contro il sacro e l'ingresso e l'uscita del liquido sarebbero stati impossibili, difficili o per lo meno incompleti. Noto di più che non essendovi essudati i quali rendessero resistente l'utero, fu facile ai due indici lo scostarne il fondo del sacro per portarvi dietro il drenaggio: ad ogni modo il corpo di un utero puerperale di pochi giorni, in regola generale, è discretamente mobile; condizione molto opportuna per eseguire la detta manovra.

Da questi due sperimenti parmi provato:

1.º Che conviene praticare le incisioni in parti laterali e declivi dell'addome per favorire lo scolo delle marce;

2.º Che con due brevi incisioni, tali da permettere l'ingresso del dito indice, si può condurre nel cavo peritoneale un grosso tubo di drenaggio;

3.º Che questo tubo si può comodamente applicare ad ansa nel cul di sacco retro-uterino;

4.º Che con tale drenaggio si può portare fuori il liquido contenuto nel cavo pelvico;

5.º Che con l' aspirazione si può effettuare un asciugamento di detta cavità;

6.º Che tale cavità può essere commodamente irrigata da un liquido medicamentoso.

In base a questi dati propongo che con tale processo si intraprenda la cura chirurgica della metro-peritonite puerperale.

Il momento da prescegliere è certamente quello nel quale insorgono fenomeni imponenti che attestano la essudazione purulenta nella cavità peritoneale. Febbre che accede con brivido forte e prolungato e che rapidamente sale ai 40° C., vomiti specialmente di materie verdastre, allibimento del volto, polso filiforme, dolori addominali intensi e meteorismo, ottusità rapidamente progressiva alla percussione, fluttuazione al palpamento, sono fenomeni i quali, concomitati, di rado ci lasciano sfuggire l'insorgere dell' esiziale malore. Allora è che, lasciati da banda gli altri più o meno frustanei soccorsi, bisogna tosto accingersi alla operazione. Se ancora tali fenomeni invece di presentarsi contemporaneamente e con tutta la imponenza del loro aspetto, fossero andati manifestandosi con minore celerità, ma mostrassero la irreparabile gravezza dello stato della inferma, si dovrebbe del pari accingersi a tanto energica cura, certi che su una moritura si tenta l'ultima prova di salvezza. Nè ora possiamo conoscere fino a qual grado sappia limitarsi la efficacia di tale cura evidentemente opportuna.

Per tale operazione si prepari un ambiente ad aria pura, a temperatura dai 25º a 30º C., umettata dai vapori di acido fenico sprigionato da poderoso spray contenente una soluzione di acqua fenicata al 5 %º (1).

In esso si distenda la inferma sopra un letto orizzontale coperto d' impermeabile bagnata anch' essa di una soluzione fenicata al 2 ½ %. Si faccia una scrupolosa lavatura della paziente nel tronco ed estremità inferiori, mentre la si cloroformizza, previo cateterismo ed enteroclisma. Abrasione dei peli delle regioni d' o-

---

(1) È inutile dire che l'operatore deve accingervisi rigorosamente netto e gli strumenti, come il Bottini prescrive (*loc. cit.*, pag. 33), devono essere purificati con ebullizione per un quarto d'ora in una soluzione fenicata al 5 0[0 e tenuti immersi in detto liquido per 24 ore.

perazione e dei pudendi. Lavatura intrauterina con soluzione di acido fenico al 5 %. Finalmente si applichi una fasciatura addominale con compresse lunghette di flanella fissate ognuna con spilli da nutrice, per potere a volontà stringere od allargare la fasciatura. Questa deve partire dal sommo della regione epigastrica ed arrivare immediatamente al disopra del livello delle due incisioni.

Si praticano, secondo le descritte regole, le due incisioni, ovviando ad emorragie con applicazione di pinze a torsione e legature perdute se qualche vaso rispettabile sia leso. Giunti sul peritoneo, sollevatane una piega con pinza s'incida o con bistori o con forbice sopra una tenta, con il bistori si allunghi la incisione. Si lasci libera uscita al pus e la si faciliti stringendo la fasciatura gradatamente dall'alto al basso.

Introdotti gli indici d'ambo i lati nelle due incisioni si vada al palpamento della parete posteriore del fondo dell'utero, assicuratosi di averlo messo a nudo: cio si farà sollevando con il dorso di dette dita l'omento maggiore, che in alcuni casi — individui pingui o attempati — essendo abbondante e ricco di grosse zolle di grasso si offre d'impaccio al progredire delle dita.

Sulla guida di un dito s'introduca il grosso drenaggio per una delle aperture, portatovi da una sonda uterina che è fissata per legatura allo estremo che penetra nel cavo; questo estremo si faccia riuscire per l'apertura opposta. Attraverso questa ultima si tiri il drenaggio fino ad averne portato entro la porzione mediana che è finestrata da tre o quattro grossi buchi (1). Così introdotto con ambo gli indici di conserva, si porti il tubo piegato ad ansa larga al di dietro del corpo uterino e lo si affondi nella piega di Duglass.

Tolte le dita dalle incisioni si faccia da un assistente aumentare la pressione delle pareti addominali mercè strettura delle fasce di lana; in tale guisa si ha uscita di gran parte del liquido contenuto nella escavazione pelvica. Quindi mercè un tubo conduttore che scende da un vaso contenente una soluzione fenica all'1 ½ % alla temperatura di 40° C. (2), si stabilisce una irrigazione continua, entrando il liquido da un estremo del drenaggio

---

(1) I buchi non superino in diametro il calibro del tubo, perchè in tal caso esso si schiaccia ed il vantaggio delle larghe aperture va perduto.

(2) Secondo prescrive il Bottini, *loc. cit.*, pag. 48.

ed uscendo dall'altro estremo, che mercè un tubo emissario può versare il liquido in un vaso sottostante al letto d'operazione. A completare il nettamento del cavo pelvico si può, mercè opportuna applicazione di cuscini, inclinare la donna sul fianco che corrisponde allo estremo di uscita del drenaggio.

Contemporaneamente da altro vaso, si può fare scendere per un tubo, una soluzione meno calda ma più forte che irrighi il cavo uterino nel modo più sopra descritto.

Quando il liquido esca limpido dal drenaggio addominale, allora si può sospendere la irrigazione ed asciugare il cavo peritoneale con aspirazione da ambo le estremità del drenaggio; avvertendo di muovere in vario senso il tubo, affinchè non si occluda per tessuto molle, il quale possa essere aspirato entro gli occhielli forati nell'ansa.

Dopo di che nettato il campo d' operazione dagli essudati, prima liberamente usciti dalle incisioni addominali, tagliati gli estremi del drenaggio a livello della cute ed assicurativi con spille da nutrice che ne impediscano la caduta nel ventre, si pratichi una precisa ed esatta fasciatura alla Lister.

In casi gravi di rapida diffusione del processo con raccolta di pus nella metà superiore del ventre, si potranno stabilire altre aperture come: incisione sopra-pubica, epigastrica, o nel punto declive di un fianco, facendo giacere in modo la inferma che sia più basso quel punto nel quale si è praticata per necessità un'apertura.

Immediatamente medicata la donna, si trasporti dal letto d'operazione in un altro vicinissimo già preparato. Cioè: parimente coperto d'impermeabile asciutta, ma rigorosamente netta, con sopravi due pezze di lana vellutata per coprirne con la superiore la metà superiore del tronco, con la inferiore le estremità inferiori. Il letto sia ben caldo, ma la inferma sia leggermente coperta. Si mantenga l'ambiente netto e caldissimo.

Risvegliata la inferma sia trattata subito con oppiacei, affine di avere più che sia possibile la immobilità intestinale, e di combattere i dolori della inferma. Circa la indicazione del rinnovamento delle medicature, si seguano le già note regole stabilite da Lister.

Ho taciuto di proposito, del drenaggio addomino-vaginale cui taluno potrebbe inclinare a preferire. Io credo doverlosi escludere per le seguenti ragioni: 1.° In quasi tutte le posizioni della donna

giacente, o sul dorso o sui fianchi, il cul di sacco vaginale posteriore è più basso di livello dell' ostio vulvo-vaginale; quindi aprendo in quel recesso una ferita, si corre molto il pericolo di fare passare nel cavo peritoneale i detriti che per avventura colati dall'orificio esterno dell' utero, tendono ad accumularsi nel fornice vaginale posteriore. 2.° Una fasciatura con le norme listeriane del canale vaginale e del pudendo esterno è difficile se non impossibile per chi voglia mantenere continuo il deflusso dei lochi uterini, epperò una fasciatura incompleta lascerebbe penetrare l'aria nel drenaggio addomino-vaginale anche negli intervalli tra una medicatura e l' altra ciò che reputo inopportuno anzi dannoso.

Con il metodo che ho proposto ed il processo che qui è descritto si effettua la lavatura del peritoneo, dando la minima estensione alle incisioni peritoneali, quindi procurando il minimo contatto della sierosa addominale con l' aria, con le mani che operano e con gli strumenti di medicatura. Per conseguenza è anche ovviato — per quanto è possibile — il temibile accidente di raffreddamento rapido e collasso per evaporizzazione della superficie peritoneale.

Tale è il piano che io mi proporrei, quando potessi praticare tale terapia, convinto dagli altrui studi che « *con il peritoneo sebbene permaloso si possa venire a patti* » come felicemente s'esprimeva il Baccelli in una delle sue splendide lezioni cliniche sui tumori addominali.

Marzo 1881.

UNA ULTIMA PAROLA
SULLA PROFILASSI LISTERIANA
nella Clinica Ostetrica Milanese

LETTERA APERTA

del Prof. Cav. **Domenico Chiara**

al Sig. Cav. **Romolo Griffini**
Medico Direttore del Brefotrofio Provinciale

Stimatissimo Collega, Egregio Amico.

S'è vero che pagare i debiti sia laudabil cosa, la S. V. dovrà fare buon viso, o almeno rassegnarsi a quest'altra mia come quella che viene a soddisfare un debito da me contratto nelle ultime pagine del mio rendiconto « *Qua e là per il registro clinico dell'anno* 1878. » In quelle dopo aver brevemente descritto il modo che nella nostra Clinica si tiene per l'applicazione della profilassi listeriana ch'io, avuto riguardo a' diversi fattori patogenetici, distingueva in

Profilassi relativa agli esercizii diagnostici, ed alle ordinarie esplorazioni digitali.
Profilassi per il parto naturale.
Profilassi per il parto artificiale.
Profilassi per il puerperio.

Profilassi riguardo alla importazione della infezione, ed accennato di volo alla bassa mortalità dell'anno 1879, e del primo semestre 1880, conchiudeva come segue: — « è *lecito* pertanto » credere che non si sia vittima di grossolana illusione quando » si fanno derivare quegli ottimi effetti dalla causa che chiamasi » profilassi antisettica. *Se* ciò è veramente, *se* perdurando noi nel » fare agire la causa otterremo sempre gli stessi effetti, *se* quanto

» è da noi si ripete altrove, in Italia e fuori, la S. V. vedrà tosto
» che la questione delle maternità viene notevolmente sempli-
» ficata. »

Or bene, nelle parole « è lecito sperare » nei *se* che vi tengono dietro è manifestamente implicato un impegno da parte mia di far noto a lei con quella maggiore precisione che mi sarà concessa quegli effetti che in allora mi contentai affermare ottimi, e che ragionevolmente mi pareva si potessero attribuire a quanto da noi si fece nello intento di prevenire, o, alla men peggio, tenere in limiti moderati la infezione puerperale.

Nella mia lettera del giugno 1880 faceva, come dissi, fugacissimo cenno della poca mortalità nell'anno 1879 e nella prima metà del seguente 1880; di quel cenno, affermazione un pochino dogmatica, sento che debbo portare in campo le prove, come sento ch'è mio debito completare su questo argomento il rendiconto dell'anno 1880. D'altro lato siccome lo scopo della profilassi antisettica non è quello soltanto di scemare la mortalità conseguente agli atti operativi, ma quell'altro ancora, per le maternità assai più importante, di mantenere buono lo stato sanitario in generale, d'onde l'applicazione da noi fatta indistintamente a tutti i casi, così hassi a considerare ancora la influenza di cotesta profilassi sulla morbilità in generale, non che sulla modalità dei morbi che potremo aver osservato, e questi di natura infettiva.... chè non è a credersi la profilassi da noi istituita sia stata sempre e possa essere certamente o assolutamente efficace! ciò sarebbe indubbiamente se quel qualunque metodo antisettico che si segue fosse *perfetto;* ma *perfetto* non è, nè può essere, nè sarà mai, perchè prodotto di mente umana, e applicato da uomini!

Dirò dunque subito che nel biennio 1879-1880 buon numero di processi puerperali cadde ancora sotto la nostra osservazione (1); ma il numero fu inferiore a quello che abitualmente si presentava negli anni andati, e fu inferiore specialmente per quelli tra i fattori della somma totale che vengono giudicati come i più gravi; fu minore la intensità per ciascun gruppo dei

---

(1) Non si dimentichi che la generale, metodica, giornaliera osservazione termometrica ingrossa la cifra della morbilità di tutti, e sono molti, que' processi che per febbre mite (38 a 39°), per breve durata e senza localizzazione molto *manifesta*, nella pratica privata, e specialmente per le puerpere alle quali provvede la beneficenza, passano quali puerperii regolari.

processi, d'onde la scemata mortalità; meno lunga la durata di quelli, donde più breve la spedalità. Ne consegue, o stimatissimo collega, che noi pure avremmo raggiunto i due scopi più importanti che si vogliono legati alla profilassi listeriana, umanitario l'uno minore morbilità e mortalità, finanziario l'altro minore spedalità e più magra somma spesa per somministrazione dei rimedi, non computando tra questi l'acido fenico e tutti gli amminicoli per la profilassi e medicatura listeriana: per questi si troverà naturalmente nel consuntivo una somma che prima non esisteva, e apparentemente i conti non torneranno nel senso mio: dico apparentemente, poichè se, come corre la consuetudine, si terrà conto della spedalità e si confronterà questa con gli anni andati e si troverà, come ne sono certo, diminuita (1), la diminuzione compenserà la nuova spesa e i conti torneranno a confortare le mie conclusioni, sempre quando non si voglia giudicare compenso sufficiente un buon numero di vite conservate alla società: vediamone le prove.

Nei 24 mesi che compongono il biennio trascorso si contano 608 parti de' quali 295 nel 1879 e 313 nel 1880; di questi furono soccorsi dall'arte 130. Tralasciando alcuni atti poco importanti quali la riposizione del cordone procidente e la isterostomatotomia, le operazioni si dividono come segue:

Estrazione di ovi abortivi	N. 2
» manuali podaliche	» 12
» dal cavo addominale per una breccia uterina	» 1
Aborto provocato per tumore pelvico	» 1
Parti prematuri ostetrici	» 6
» » medici	» 9
Rivolgimenti (o versioni podaliche)	» 16
Forcipe nello stretto superiore	» 15
» » scavo	» 57
Embriotomie sul capo	» 15
» sul tronco.	» 5
Laparotomia per rottura d'utero	» 1
Ovariotomia	» 1
Ovaro-istero-ectomia cesarea.	» 3
Perineorafie semplici	» 6
Vagino-perineorafia	» 1

(1) Giornate di presenza delle puerpere ammalate: 1878 n.° 1990 - 1879 n.° 1636 - 1880 n.° 688.

È ben probabile che la S. V. trovi più che alta la proporzione degli atti operativi come quella che viene rappresentata da $^{21}/_{100}$; ed è più probabile ancora che l'attenzione sua si fermi specialmente sul numero considerevole di parti terminati con il forcipe. Ammettendo questa probabilità, ammetto implicitamente che la sua sorpresa è ragionevole, è fondata e merita essere discussa; e più ragionevole ancora si appaleserebbe se a lei piacesse confrontare i rendiconti della nostra con quello di qualche altra Clinica italiana o straniera; non si è forse veduto, nella discussione sul forcipe fatta in seno alla società ostetrica di Londra, pratici avere la proporzione per il forcipe di 1 su 10 e altri di 1 su 200! Ma quando a lei piacesse ancora richiamarsi alla memoria quello che io scrissi nella lettera rendiconto del 20 maggio 1879 sulla mia tendenza verso il pronto intervento, troverà che l'alto numero degli atti operativi anche nei 2 anni trascorsi ricorda la continuazione di un sistema; perciò voglio credere che alla sorpresa verrà sostituita *la pura e semplice constatazione* di un fatto, che chiamerò logica e costanza, non biasimevole certo se il sistema seguito continuò a dare, come diede, buoni frutti. E poichè mi venne di ricordare il passato mi permetta la S. V. di fermare la sua attenzione sopra un'altra cifra, ma molto più modesta, quella cioè che rappresenta la somma dei parti prematuri provocati a scopo ostetrico. Su questo argomento io scriveva ancora nel rendiconto per l'anno 1878 che v'erano ragioni fortissime per ridurre i limiti e le indicazioni del parto prematuro artificiale, e che se tra le mie affermazioni teoriche e la condotta clinica notavasi tuttora una contraddizione perciò che il numero dei parti effettivamente provocati era superiore a quello che le mie convinzioni scientifico-cliniche dovevano concedere, il tempo avrebbe tolta la contraddizione; io scriveva in allora queste precise parole: « il tempo, certi riguardi che è inutile indicare a » lei, e poi ancora il tempo porteranno *in pratica* quelle modifica- » zioni che teoricamente per noi son già decise. » Or bene, stimatissimo collega, nel biennio 1879-80 il numero dei parti prematuri ostetrici, ossia provocati per ostacolo meccanico, è di 6, cioè *notevolmente* inferiore al numero ch'ella troverebbe negli anni andati a cominciare dall'anno scolastico 1872-73 (epoca nella quale io assumeva la Direzione della Scuola). Questa forte diminuzione non vuolsi addebitare nè a scemato numero di quelle viziature pelviche o altre anomalie anatomiche che comunemente si vogliono indi-

canti la interruzione della gravidanza, nè a fortuite circostanze o bizzarre combinazioni per cui un certo numero di donne, che direi passibili del parto prematuro artificiale, non sia venuto in tempo per l'atto operativo, ma soltanto al proposito nostro di togliere quel quanto di contraddizione che accennai più sopra. Pertanto se il piccolo numero di parti prematuri ostetrici avesse sorpreso la S. V., come suppongo l'abbia sorpreso il grande numero delle applicazioni di forcipe, dopo gli schiarimenti esposti nutro fiducia che la S. V. farà seguire alla sorpresa anche su questo punto la presa in atto della mia logica e conseguenza clinica; ed ora torniamo alla profilassi antisettica.

Delle 295 puerpere dell'anno 1879 ammalarono 97
» 313 » » 1880 » 75

e così su 608 ebbero puerperio morboso n.° 172: su questo numero *ancora rilevante* di processi puerperali o d'altra natura 23 furono mortali, ossia circa 3.7 %, vale a dire quasi *due terzi* meno della cifra media che rappresenterebbe la mortalità ordinaria complessiva dell'Ospizio (9, 6 %) prima che venisse regolarmente e rigorosamente istituita, e seguita la profilassi listeriana: ecco in prova un piccolo prospetto di confronto con i tre ultimi anni anteriori al 1879 e che sono i migliori, poichè prima del 1876 morbilità e mortalità si mostrano ancora più alte.

1876.	Parti	330.	P. ammalate	158.	P. morte	29.	Atti operativi	64
1877.	»	313.	»	117.	»	13.	»	70
1878.	»	301.	»	140.	»	34.	»	56
Totale	»	944.	»	415.	»	76.	»	190

donde il procento seguente:

Morbilità 44 % — Mortalità 7 ½ % — Operazioni 20 %

Per il biennio 1879-80 la proporzione dei medesimi fattori è:

Morbilità 28,8 % — Mortalità 3,7 % — Operazioni 21,3 %

Questo prospettino, sebbene con poche cifre, dimostra patentemente:

1.° Che il numero dei parti presenta lievi oscillazioni.

2.° Che lievi oscillazioni sono pure nel numero degli atti operativi (1).

3.° Che il numero delle puerpere colpite da qualche processo infettivo è scemato notevolmente nel biennio 1879-80.

4.° Che fatta eccezione per l'anno 1877, la mortalità è scemata in armonia con la diminuzione della morbilità ed è scesa sotto al 4 %. — Tal quale però dovrebbesi tuttora considerare come assai elevata se la confrontassimo con quella data da molti ospizi stranieri o da certi uffizi sanitari del regno per l'assistenza a domicilio. Ma se noi portiamo l'analisi nelle cause della mortalità, e teniamo conto soltanto, com'è nostro diritto, e come si usa altrove, della infezione puerperale, troveremo che la cifra dell'ultimo biennio si approssima a quella che si potria giudicare come l'indice del minimo raggiungibile ne' piccoli ospizi di maternità che sono pure istituti d'istruzione ostetrica; vediamo:

Anno 1879 —	Morte per eclampsia . .	1	6
	» per nefrite	1	
	» per cirrosi epatica .	1	
	» per anemia progressiva	1	
	» per tumore cerebrale	1	
	» per pleurite destra suppurata . . .	1	
	Morte per setticemia . .	4	6
	» per pioemia . . .	2	
Anno 1880 —	Morte per rottura di utero prodotta da maneggi anteriori all'ingr. della donna	2	6
	» per anemia perniciosa	2	
	» per eclampsia . . .	1	
	» per tubercolosi polmonare	1	
	Venute in corso di setticoemia e morte per essa .	2	5
	Morte per l'infezione contratta nell'Ospizio . . .	3	

(1) Lo stesso dovrei dire rispetto alla natura de' medesimi.

e così sopra 23 morte nel biennio, di 12 la morte non è imputabile alla infezione nè allo stato di puerperio, e sarebbero morte ad un modo in un altro spedale o a domicilio, per 9 la causa fu la infezione contratta nell'Ospizio, e per 2 fuori, ciò che dà per le 608 puerpere del biennio la mortalità puerperale di 1,7 % circa. La depurazione da me fatta credo che la fisolofia della statistica e la onestà clinica non soltanto consentano, ma comandino, e questa depurazione ci dà una cifra per cui l'Ospizio nostro regge bene il confronto con quelle cliniche straniere (di proposito scrivo Cliniche, non Ospizi, per ricordare sempre che la istruzione ostetrica è un potente fattore di morbilità) le quali vantano una bassa mortalità, nè fa tanto trista figura in confronto con la istessa cura o assistenza a domicilio, cittadino o rurale, che molti proclamano l'ideale della profilassi antisettica, sebbene manchino quasi assolutamente in tale assistenza le grandi e gravi operazioni. E su questo argomento vorrei fare alcune considerazioni che mi sono suggerite dallo istesso esame analitico che feci per distinguere le varie cause della mortalità da noi osservate.

I signori Ramello e Brambilla nella bella relazione scritta della ovaro-isterectomia da loro eseguita con successo in Torino, non sanno resistere a fare un confronto tra il servizio ostetrico a domicilio quale si pratica nella città di Torino e quello dell'Ospizio di maternità, e specie dell'Istituto Clinico: gli autori si mostrano entusiasti del servizio a domicilio, e a conforto de' loro ragionamenti e giudizi e numeri ricordano pure l'autorevole parola del prof. Giordano che suona una condanna, dall'apparenza inappellabile, delle maternità.

Scrive difatto il Giordano: « Se ne convinca il pubblico, se ne » persuadano specialmente i poveri, le cure a domicilio fatte » da' medici di beneficenza con quello zelo che li distingue, sono » preferibili d'assai al *funesto soggiorno d'uno spedale.* Il servizio » delle levatrici municipali contribuirà a salvare molte povere » donne che vanno incontro a *sicura morte* ricorrendo all'Ospizio » di maternità *nel quale regna quasi sempre la febbre puerperale,* » *che miete numerose vittime.* »

Ei parrebbe (ma non è) che i signori Ramello e Brambilla riferendo le parole del Giordano, che credo sia stato loro, come fu mio, maestro, ne condividano le convinzioni scientifico-cliniche, specie quelle relative alla patogenesi del morbo che Giordano chiama tuttora febbre e che altri vuole si dica piuttosto infe-

zione puerperale. Adottando la patogenesi del Giordano non v'ha scampo per gli Ospizi nè per tutte le istituzioni che possono avvicinarsi ad essi; per la febbre puerperale, come il mio maestro comprende, non è possibile alcuna terapia, non esiste profilassi valevole. Fra quelle tutte che vennero escogitate e istituite una sola misura è razionale, una sola è scientifica, e umanitaria ed efficace, l'abolizione degli Ospizii. Se invece alla denominazione ontologica, vaga di f. puerperale si sostituisce quella di processi puerperali *a cui sia genesi la infezione*, il soggiorno di un ospizio non può più chiamarsi *assolutamente funesto*, ma considerarlo pericoloso proporzionatamente e in relazione ai mezzi che si hanno per prevenire e combattere la infezione, alla efficacia loro, e al modo di applicarli. Fiducioso, per parte mia, che questi mezzi non siano più soltanto un desiderio e vadano tutto dì facendosi più efficaci, non soltanto non potrei sottoscrivere, come non sottoscrivo alla condanna pronunciata dal prof. Giordano, ma inclino verso i grandi ospizi in confronto ai piccoli, purchè quelli rispondano bene a tutte le domande dell'igiene come si vuole che rispondano questi.

Tenendo dietro, come faccio, con attenzione agli effetti della profilassi ch'io adottai per il compartimento ostetrico dell'Ospizio milanese, facendo di pubblica ragione i risultamenti ottenuti, e trovato che questi sono buoni, naturalmente vengo a combattere in favore degli Ospizi ed Istituti clinici.

Ma con ciò (è forse bene dichiararlo altamente) io non intendo far cosa che possa nuocere nella estimazione del pubblico, al sistema dell'assistenza a domicilio; questo funziona a Milano tanto bene quanto in Torino; sono qui pure levatrici comunali e di beneficenza, e sono, in più che a Torino, due consulenti ostetrici che meriterebbero meglio la denominazione di *operatori ostetrici*, avvegnacchè non si tengan paghi di dare pareri e consigli, ma facciano essi tutte le operazioni che i casi vanno loro indicando.

Niun atto, niun detto, nessun scritto mi si può imputare che sia lontanamente avverso al sistema del servizio ostetrico di beneficenza quale funziona in Milano per opera di Santa Corona (1). Io dico piuttosto che l'uno e l'altro sistema, Ospizio e domicilio, sono buoni, se non in tutto e assolutamente, in qualche parte o in molte

(1) Meglio delle mie parole lo provano i numerosi atti operativi che annualmente si compiono fuori dall'Ospizio dal personale di questo e nelle donne povere.

se vuolsi, e che perciò invece di osteggiarsi, devono armonicamente cospirare allo scopo per cui sono, aiutandosi o, direi meglio, completandosi l'un l'altro. E ciò avviene realmente in pratica tanto a Milano che a Torino e altrove checchè ne pensino i miei onorevoli colleghi di Torino che si mostrano tanto *severi* con gli Ospizi di maternità e gli Istituti clinici. — Essi scrivono a pag. 9 della loro relazione: « Ne' nove mesi dell'anno 1880 le » partorienti povere assistite dal servizio municipale sommano » a 1013, morirono per processi puerperali 5, media 0, 5 %. Le » operazioni praticate sono 67. Riguardo alla loro natura così si » dividono: forcipe stretto superiore 20, scavo 16, s. inferiore 2, » rivolgimenti 14, estrazioni manuali 4, parto prematuro 2, estra- » zione di placenta 3, metrorragia per aborto 4, esportazione » utero-ovarica 1, riduzione di utero inverso 1. » — Le 67 operazioni (che sono poche e che si possono ancora diminuire di 4, poichè la denominazione di « metrorragia per aborto » se indica una chiamata non implica necessariamente un atto operativo), hanno dato un contingente di 5 morte, numero basso se vogliamo, ma non tanto, avuto riguardo alla natura delle operazioni: questa poi, fatta deduzione dei 2 parti prematuri, che non è detto per quale indicazione siansi fatti, ci permette supporre con molto fondamento che gli ostacoli meccanici al parto non siansi presentati mai o sian stati assai lievi, quelli cioè di 1° grado de' quali han ragione il forcipe e la versione. Tant'è vero che non è indicato nessun caso di embriotomia nè sul tronco nè sul capo e la ovaro-isterectomia riferita è la sola praticata su 1013 donne povere assistite in 9 mesi. La è questa una circostanza di grande importanza per chi sa che gli ostacoli meccanici al parto, specie quelli indotti dalla rachitide, non sono rari a Torino.... tutt'altro; nell'Istituto ostetrico per contro gli atti operativi embriotomici (che non sono operazioni di elezione come potrebbe considerarsi il forcipe) sono piuttosto frequenti e sopra un contingente di 1000 parti si contano almeno 3 tagli cesarei; *Rebus sic stantibus* non sarebbe autorizzata la ipotesi *che il servizio ostetrico municipale* o di beneficenza, cittadino o rurale, sia pure contro la formale intenzione del personale dirigente, si *scarichi* de' casi più gravi, domandanti quelle operazioni che hanno la mortalità più alta, in quell'Istituto clinico al quale si rimprovera cotesta mortalità?

Supponiamo per un momento ch'io abbia *supposto* il vero; ne

verrà inesorabilmente che di questo fattore di mortalità la statistica scientifica dovrà sempre tenere conto quando voglia fare il processo agli Ospizi di maternità. Nell'Ospizio milanese durante l'anno 1879 vennero portate in corso di nefrite, per cui morirono, 2 donne, e una malata di cirrosi epatica che fu mortale pochi dì dopo il parto (provocato per grave anasarca e concomitante ascite); nell'anno 1880 vi morirono *due* per rottura di utero prodotte da maneggi anteriori al ricovero delle povere partorienti, 2 per anemia perniciosa progressiva già incoata, una per eclampsia nefritica, 2 per setticemia già incoata prima che le donne venissero accolte; queste morti gravitano nella statistica dell'Ospizio a scarico di quella del servizio a domicilio cittadino, o rurale; è ciò regolare nel rispetto di una statistica che si voglia arma contro l'Ospizio di Maternità? Voglio ammettere con Giordano che la febbre puerperale regni *quasi* sempre negli Ospizi, ma non infrequentemente la *regina* viene di fuori a scarico del servizio di beneficenza rurale o cittadino; perchè non ricordare queste circostanze in favore degli Ospizii? Non ripeto quello che già dissi del maggior numero di atti operativi gravi, che si contano negli Istituti clinici, nè voglio qui discutere se sia, come credo, vero quanto rispettabili persone affermano, che la mortalità di certe grandi operazioni, se fatte come la moderna chirurgia vuole, debba essere minore negli ospedali che nella pratica privata.

Conchiudo ripetendo essere mia convinzione, che va facendosi ogni dì più radicata, che gli Ospizii di maternità non meritano sian demoliti, perchè combattendo saggiamente, con diligenza, con energia, con *pedanteria* la infezione, si posson mantenere degni della loro qualifica di maternità; che il servizio ostetrico a domicilio deve non osteggiare gli Ospizi, ma concorrere armonicamente con questi per assicurare il conseguimento dello scopo per cui sono l'uno e gli altri. — So, pregiatissimo collega, che questa mia convinzione non urta con quelle della S. V., ed io sono lieto di questa concordanza perchè da essa viene un credito maggiore alla mia e maggior probabilità per questa di fare la sua strada con frutto.

Mi continui la sua stima ed amicizia e mi tenga, quale godo di ripetermi, per suo

Affez.mo
D. Chiara.

DEL COMPLEMENTO ARTIFICIALE

DELLA

EVOLUZIONE SPONTANEA MEDIANTE L'UNCINO ACUTO

Studio clinico del Dott. PAOLO NEGRI
medico secondo assistente nella R. Scuola di Ostetricia in Milano
diretta dal Prof. Cav. **Domenico Chiara**

In un lasso di tempo relativamente breve potei osservare nella Maternitá un numero considerevole di casi di presentazione della spalla. — La maggior parte delle donne veniva inviata dalla campagna dopo aver subiti tentativi numerosi ma sempre infruttuosi di liberazione.

Qual era la causa di tali insuccessi?

Dobbiamo dapprima considerare un fatto del quale il medico condotto per nulla deve rispondere: in generale cioè il medico vede la partoriente molto tempo dopo che le acque sono colate, quando la parte si è impegnata più o meno, in un tempo in cui le classiche condizioni per il buon successo del rivolgimento più non ci sono. — Ma data questa attenuante mi restò vivo nell'animo il ricordo di due fatti: 1.° Che nel maggior numero dei casi in cui la liberazione non si era ottenuta, il dorso del feto stava rivolto all'indietro; 2.° Che non si fa in generale questione di possibilità o meno di rivolgimento, ma che constatata la presentazione del piano laterale, si passa senz'altro al rivolgimento senza neppur pensare alle terribili conseguenze che ne possono derivare alla donna.

E di fronte a tali insuccessi mi colpì come nel maggior numero de' casi, nella clinica, quelle donne fossero prestamente liberate dal prodotto del concepimento mediante una manovra semplice, facile, e, se ben fatta, innocente.

Facciamoci un momento a considerare quali sieno le condizioni degli organi genitali interni qualora sconosciuta, o non curata in tempo la anomala presentazione, la spalla presentantesi si sia impegnata.

Rotte le membrane l'utero si retrae fortemente sul feto: il corpo uterino si contrae fortemente e tende a cacciare nell'escavazione pelvica il feto: non avvenendo che parziale discesa della parte e l'utero continuando a contrarsi, il tessuto uterino corrispondente al canale cervico-uterino e la vagina stessa risultano fortemente stirati all'alto; tra il corpo uterino la cui parete è grossa e resistente e la regione del canale cervico-uterino a pareti sottili e stirate si forma una specie di anello che da chi lo illustrò si chiama anello del Bandl. — Immaginiamo adunque a questo punto il feto presentantesi colla spalla, questa discesa alquanto nello scavo e contenuta in una zona di tessuto vagino-uterino distesa fortemente e nel senso verticale ed in quello orizzontale, il corpo uterino duro, contratto, resistente, e pensiamo d'altra parte al volume della mano che deve penetrare, allo sforzo necessario per vincere l'ostacolo e massime al momento di entrare nel cavo del corpo onde raggiungere i piedi, ed avremo una idea del perchè non infrequentemente il tentativo non riesca o se anche sia coronato da successo lo sia spesso a spese di una rottura vagino-uterina.

E se il lettore vuole persuadersene consulti i recenti trattati e la tesi del Dr. Budin (1).

D'altra parte furono certamente alcuni casi di presentazione del piano laterale affatto sconosciuti o trascurati quelli che misero l'ostetrico in possesso di quel meraviglioso fatto che costituisce la evoluzione spontanea. — Ricordo appena che la evoluzione spontanea può compiersi in due modi; si può cioè avere la evoluzione podalica e quella cefalica: ma mentre la prima è accettata da tutti, fu osservata ripetutamente e da differenti autori, la seconda è cosa così rara, così eccezionale che il semplice enunciato *evoluzione spontanea* è ormai divenuto sinonimo di evoluzione spontanea *podalica*.

E neppure voglio qui discutere quali sieno stati i primi autori a notare questo modo di parto, i primi a descriverlo, e molto

---

(1) Budin. *De Lésions Traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels*. Paris, 1878, pag. 84 e seguenti.

meno a descriverne il meccanismo, che del resto è ormai in modo assoluto dimostrato, compiersi nello stesso modo con cui il parto si compie nelle altre presentazioni del vertice, della faccia, dell' ovoide podalico.

A chi ne volesse i dettagli, libero di ricercarne i capitoli nei numerosi trattati di ostetricia, nell'articolo *Accouchement* del prof. Pajot (1), nel lavoro del prof. Chiara (2), del prof. Lazzati (3), ed altri e non pochi che prima e poi scrissero intorno a cotesto argomento.

Ma qui dobbiamo subito fare una domanda: — stabilito che il parto nella presentazione della spalla, date certe condizioni, possa espletarsi spontaneamente, ne avea la ostetricia tratti corollari utili per il pratico? No, poichè subito dopo la esposizione del meccanismo della evoluzione spontanea, quasi unanimamente gli autori si accordano nel ritenerla affatto eccezionale, nell'invitare il pratico a mai contare su quella: dal punto di vista pratico, qualora il rivolgimento non riesca, essi suggeriscono di passare alla decollazione del feto, all'exeresi, alla derotomia lombare, a tutte cioè quelle operazioni che hanno per iscopo di rompere la continuità del feto onde renderne possibile la estrazione: solo qualcuno suggerisce un qualche maneggio operatorio che imita in qualche modo il meccanismo della evoluzione (4).

Uno studio recente del prof. Domenico Chiara (5) permise a lui di poter concludere essere l'evoluzione spontanea fenomeno più

---

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.* Vol. 1° 1864.

(2) *Unità di leggi dei fenomeni meccanici del parto.* Torino, 1865.

(3) *Del parto per la spalla.* Milano, 1867.

(4) Per dimostrare in qual conto sia tenuta da alcuni pratici la evoluzione, cito il seguente brano di un articolo che recentemente vide la luce negli *Archives de Tocologie.* Nel numero di febbraio 1881 c'è una piccola nota: *Cas d'impossibilité de la version; évolution artificielle; détroncation par le procédé de M. Pajot simplifié.* — Ed ora ecco che cosa si legge a pag. 121-122. Dopo aver detto che data l'impossibilità del rivolgimento due sono i mezzi, o l'evoluzione forzata o la decollazione, così parla della prima: « La première méthode qui consiste à pratiquer artificiellement les mouvements de l'évolution spontanée, est » hérissée de difficultés. Dans les cas de dimensions ordinaires du bassin et de » volume normal de l'enfant à terme, l'évolution spontanée *est un mythe;* vouloir la faire exécuter, est un manœuvre dangereuse, et, bien qu'elle m'ait » donné un résultat favorable dans un cas d'impossibilité de la version, je n'hésite » pas à la repousser. »

(5) *La evoluzione spontanea sorpresa in atto mediante la congelazione.* Milano, 1878.

frequente, meno difficile e meno pericoloso di quanto ammettono gli autori, perchè non rare le condizioni favorevoli quali: bacino ben conformato, pluriparità, feto non a termine, e se a termine non molto sviluppato, e contrazioni espulsive energiche e protratte.

Possiamo adunque ritenere:

1.° Che la evoluzione spontanea non è tanto rara come si credette fino a pochi anni or sono.

2.° Che a spalla impegnata profondamente nella escavazione, che è quanto a dire ad evoluzione avviata, le condizioni degli organi genitali interni controindicano in modo assoluto qualsiasi tentativo di rivolgimento.

E allora devesi senz' altro intraprendere un' operazione embriotomica complessa, talvolta difficile e che il pratico delle campagne non si senta tanto sicuro da tentare?

Noi dobbiamo distinguere il grado di impegno della parte, il volume del feto, le condizioni della madre. — Noi ci restringeremo a considerare il caso in cui a feto non molto voluminoso e morto il pratico sia chiamato allorquando la spalla è già fortemente impegnata.

In quell' aurea prefazione che il Monteggia scrisse per la traduzione dell'opera ostetrica dello Stein (1) a pag. 16 leggesi « massime nelle campagne arriva non infrequentemente che il chirurgo sia chiamato (ne' casi di presentazione della spalla) allorquando le acque son colate da un pezzo. — *Grandissimo è allora lo stento di arrivare fino ai piedi, e assai più di tirarli fuori, anzi la cosa è alle volte realmente impossibile, onde non resta che di tentar la estrazione in qualche altra maniera* » ed in seguito cita un caso in cui la evoluzione si compiè coll' espulsione di un feto vivo ma che subito morì, indi altri due casi consimili, interessantissimo il secondo poichè in quello un chirurgo avea fatta la brachiotomia e la donna partorì poi spontaneamente un feto vivo e che visse quasi un anno. Indi espone un caso in cui la evoluzione si compiè tirando su ambedue le braccia; finalmente così descrive un caso (pag. 18) « non avendo potuto eseguire il rivolgimento, tirai giù l' altro braccio, e benchè tirassimo in due con forza, non potei ottenere per tal modo l' uscita del feto, onde dovetti

(1) *Arte Ostetricia di* G. G. Stein, tradotta da G. B. Monteggia. Venezia, 1805.

impiantar l' uncino nel petto, e con gran forza seguitando a tirare, uscì finalmente il feto per le natiche. Un' altra volta feci una simile estrazione coll' uncino impiantato nel petto, uscendo parimente il feto colle natiche per di dietro ».

I casi di Monteggia non hanno bisogno di commenti — la evoluzione spontanea era avviata, lo scavo già occupato dal torace: bastava aggiungere alla vis a tergo la vis a fronte ciò che il Monteggia faceva colla trazione su ambedue le braccia o coll'uncino impiantato nel petto del feto.

Il prof. Felice De-Billi in una sua memoria (1), al capitolo rivolgimento così scrive:

« In quattro donne non fu possibile penetrare nell'utero per prendere i piedi del feto. Le medesime da lungo tempo in travaglio di parto, prima di essere portate in questo Pio Luogo erano state sottoposte a replicati tentativi per la versione podalica; avevano il braccio del feto gonfio e livido fuori della vulva, e la piccola pelvi pressochè tutta occupata dalla spalla »... e più innanzi « in tale forzata attitudine il feto suole soccombere, ed il tentare la versione è di gran pericolo per la madre » e soggiunge che fu proposta la decollazione del feto. Ma il De-Billi continua « citandosi casi di feti nati vivi e naturalmente in questa posizione senza danno per la madre, e non essendo sempre facile estrarre la testa del feto rimasta mobile nell' utero » così propone di compiere artificialmente la avviata evoluzione: trazioni cioè sulla spalla fino ad impegnarla al disotto dell' arcata pubica, indi abbassamento dell'ovoide podalico abbracciando colla mano i lati del ventre, ad ajutandosi con largo uncino ottuso, manualità, soggiunge il De-Billi che « pressochè tutte si compiono in vagina ».

Il prof. Pietro Lazzati tornava sull'argomento colla sua memoria (2) sul parto per la spalla nella quale dopo avere lungamente e dettagliatamente discorso del meccanismo del parto, tratta della decollazione, dell'evoluzione artificiale manuale e di quella artificiale. Tra le altre conclusioni, cito le seguenti: « che l'evoluzione artificiale dovrebbe trovar luogo e descrizione nelle operazioni ma-

---

(1) *Sulla I. R. Scuola di Ostetricia ed annesso ospizio delle partorienti in Milano e sulle cose notabili osservatesi nella clinica ostetrica nel corso di un decennio.* Milano, 1844.

(2) *Del Parto per la spalla.* Milano, 1867.

nuali ed istrumentali di parto » — « che l'evoluzione istrumentale può essere praticata in certi casi speciali a spalla ancora libera o respingibile all'apertura superiore del bacino, sebbene nella pluralità delle circostanze la si *riservi come mezzo di ultimazione del parto per la spalla, quando la parte presentata è calata profondamente in basso* », infine « che l'evoluzione artificiale tanto manuale che istrumentale deve imitare il meccanismo del parto per la spalla ».

Un anno più tardi comparve una memoria che io considero molto importante; è dovuta al dott. Leopoldo Golinelli (1).

Prende le mosse da altro lavoro dovuto al prof. cav. Carlo Massarenti letto all'Accademia delle scienze nell'anno 1861, lavoro che rimase inedito e del quale comparve solo un estratto nel *Bollettino delle scienze mediche* nell'ottobre del 1861. Il lavoro era intitolato: *Nuovo processo operatorio per applicare gli uncini, quando il feto è disceso colla spalla attraverso i genitali muliebri esterni, essendosi reso impossibile il rivolgimento.*

Il Golinelli riassume i due casi clinici del Massarenti, indi ne espone altri tre — il 2° il 3° ed il 4° caso sono tipi di evoluzione artificiale podalica ottenuta mediante l'uncino acuto; la 5ª osservazione è poi ancor più importante poichè là coll'uncino acuto si ottenne la evoluzione cefalica. — Tra le molte conclusioni ricordo quelle che maggiormente mi interessano: « che ove il rivolgimento sia impossibile si può razionalmente ricorrere a processi operatori atti ad effettuare l'evoluzione del feto » — « che per avere la detta evoluzione nei casi di presentazione di spalla a dorso anteriore si debbano usare gli uncini acuti; — all'uso di questi può essere in qualche caso unito con vantaggio l'eviscerameto artificiale, se non succede per l'applicazione dei medesimi » — « che l'applicazione degli uncini acuti, purchè seguita regolarmente non può produrre alcun inconveniente » — « che la loro presa è valida in qualunque punto del tronco del feto, anche se infitto puramente nelle parti molli ».

Da questi brani di autori differenti, alcuni ancora viventi, altri che fiorirono nella prima metà del secolo presente, appare chiaro come ad evoluzione avviata, a feto morto, si possa ottenere e con relativa facilità la liberazione della donna completando la evolu-

---

(1) *Alcuni casi relativi alla presentazione della spalla con speciali considerazioni — indicazioni per l'uso metodico degli uncini acuti, ecc.* Bologna, 1868.

zione: vediamo anzi il Monteggia ed il Massarenti che si giovano e con successo dell'uncino acuto; esprime il Massarenti l'opinione che la evoluzione artificiale trovi posto tra le operazioni anche ne' trattati, l'opinione è condivisa dal Lazzati (1), ma tuttavia gli autori non ne fanno cenno: in conseguenza i pratici si sentono ancor meno autorizzati a tentarla.

Fautore dell'uncino acuto in questi ultimi tempi, fu in Italia il prof. Chiara; la sua applaudita conferenza tenuta in occasione del 9° Congresso della Associazione medica Italiana in Genova, si può considerare come la rivendicazione dell'uncino acuto; in detta conferenza però il Chiara si restringe all'applicazione dell'uncino sul capo fetale; accenna solo nell'elenco de' fatti clinici all'applicazione sul tronco (2).

A dimostrarne la utilità allorquando sia impiegato per compiere la evoluzione mi sia ora permesso ricordare alcuni fatti clinici.

I tre primi fatti furono già resi di pubblica ragione ed in conseguenza saranno qui riportati colla massima brevità. I due ultimi come inediti saranno esposti co' voluti dettagli.

Osservazione 1ª (3).

N. 245 del 1876. — VIIpara in travaglio da 40 ore. — Spalla sinistra dorso-posteriore — nessun tentativo di liberazione a domicilio. — Per lo stato generale (temp. 39,5) e la inerzia dell'utero si interviene; si impianta l'uncino acuto sulla colonna vertebrale e con tutta facilità si compie la evoluzione in 12 minuti circa.

Il feto pesa gr. 2950, è lungo cent. 47, con un diametro Bip. 86 mill., occipito-frontale 100, Bisacromiale 130, sterno-dorsale 60.

Al 4° giorno di puerperio la donna vuole ad ogni costo abbandonare l'ospizio.

---

(1) La memoria del Lazzati è anteriore a quella del Golinelli; ma le idee esposte nel lavoro di quest'ultimo, erano gia state rese pubbliche dal Massarenti fino dal 1861.

(2) *Un vecchio istromento della pratica Ostetrica. — Annali di Ostetricia. Ginecologia e Pediatria*, Ottobre, 1880.

(3) La storia è riferita nell'Opera: Chiara. *La evoluzione spontanea sorpresa in atto, ecc.*, Milano, 1878.

Osservazione 2ª (1).

N. 230 del 1878. — Multipara — gravidanza a termine. — Spalla sinistra dorso-anteriore. — Si completa artificialmente la evoluzione impiantando l'uncino contro una costa, sotto la scapola sinistra — le trazioni sull'uncino sono coadiuvate da armonici traimenti sul braccio.

Il feto pesa gr. 2850, è lungo cent. 52. — La donna abbandona l'ospizio al 3° di. — Ulteriori notizie confermano un ristabilimento completo.

Osservazione 3ª (2).

N. 71 del 1879. — Gravidanza del 7° mese. Presentazione della spalla sinistra dorso-anteriore. Evoluzione al 3° tempo. Complemento rapido con l'uncino acuto infitto sotto l'angolo della scapola sinistra. — Il feto pesa 1850 gr., ed è lungo 47 cent. — Puerperio fisiologico.

Osservazione 4ª.

N. 158 del 1879. — Il 9 luglio 1879 è tradotta all'ospizio prov., delle partorienti in travaglio di parto una donna di anni 29, contadina di professione; è di robusta costituzione e mai ebbe a soffrire per forme morbose gravi, se si eccettui il vajuolo superato felicemente a 20 anni; 9 anni prima avea avuta la prima gravidanza interrottasi senza causa al 2° mese: dopo quella 5 volte ancora fu gravida, e tutte le gravidanze decorsero normalmente susseguite da parti felici e puerperi normali.

La presente gravidanza è adunque la settima.

Arriva all'ospizio alle ore 8 ½ pom.; ci racconta la donna che al mattino del giorno precedente si era sgravata di un primo feto vivo: la borsa anmiotica del 2° feto si ruppe soltanto al mattino del giorno successivo, e la presentazione viziosa di questo fu affatto sconosciuta dalla mammana la quale solo ricorse all'opera

---

(1) *Casuistica ostetrica*, per il prof. D. Chiara. *Annali di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria.* Anno 1° 1879.

(2) È tratta dal lavoro citato per la 2ª osservazione.

del medico quando il braccio fuori uscito dei genitali le fece pensare alla possibilità di una presentazione del piano laterale.

Il medico riconosciuta la presentazione della spalla, notato il grande impegno della parte, credendo a giusta ragione impossibile il rivolgimento, inviò senz'altro la donna all'ospizio.

Al momento dell'accettazione la donna si presenta in condizioni abbastanza buone — il braccio destro del feto tumido, bluastro, con numerose flictene sta tra le coscie della donna; la spalla destra sporge un po' al disotto dell'arcata pubica; la mano fetale presenta il pollice rivolto all'innanzi, la palma verso la coscia sinistra della donna — colla esplorazione si può non solo esplorare la scapola ma eziandio si arriva facilmente sul collo fetale che si sente stirato in alto, a destra a alquanto all'innanzi.

La diagnosi quindi che si portò fu la seguente: 2° feto di gravidanza gemellare — presentazione del piano laterale destro, dorso posteriore; evoluzione spontanea già avviata ed anzi quasi compiuto il terzo tempo — morte del feto.

Lasciando la donna nella consueta posizione da parto (sacro-dorsale) con due dita della mano destra si guida sulla faccia sternale del feto un' uncino acuto, che fa buona presa in punto resistente in corrispondenza di uno de' margini del corpo sternale — lievi trazioni sull' uncino, contemporanee a trazioni sul braccio procidente bastano a far compiere l' evoluzione podalica in meno di due minuti. — Pochi minuti dopo anche il secondamento era spontaneamente compiuto.

Il feto estratto è di sesso femminile; presenta i segni della morte da parecchie ore, pesa gr. 2580 ed ha le seguenti dimensioni:

Diametro	mento occipitale	125
»	Fronto-occipitale	100
»	Biparietale anat.	85
»	Sottoccipito bregmatico. .	97
»	» frontale . .	100
»	» mentoniero .	70
»	Bimastoideo	60
»	Mento bregmatico. . . .	100
»	» frontale . . .	83
»	Trachelo-frontale	90
»	» bregmatico .	100
»	» occipitale . .	100

Diametro	Biacromiale	130
»	Sterno-dorsale	80
»	Sacro-pubico.	60
»	Bitrocanterico	85

È lungo centimetri 53 di cui 28 tra il vertice ed il bellico, 25 tra il bellico ed i talloni.

Il puerperio decorse ne' primi quattro dì affatto normale e al 5° dì cedendo alle vive istanze della donna e del marito, la si lasciò uscire dalla Clinica onde potesse provvedere all'allattamento dell' altro nato. Si ristabilì in modo completo.

Osservazione 5ª.

N. 3 del 1881. — È accolta in travaglio di parto il 3 gennaio 1881. È contadina di professione, costretta a vita faticosa ed abituata a vitto piuttosto insufficiente.

È gravida per la prima volta ed a termine. — Dal racconto della donna ecco quanto si ricava: I dolori del parto incominciarono alla sera del 2 gennaio e la levatrice chiamata durante la notte rompeva le membrane alle ore 4 ant. del 3 successivo, e solo allora per la presenza del braccio fattosi procidente si accorse della presentazione abnorme, e mandò in conseguenza per il medico.

Un' ora più tardi arriva il medico che riconosciuta la presentazione della spalla tenta il rivolgimento: introduce due volte la mano destra ed una volta la sinistra, ma non è fortunato in alcuno dei tre tentativi.

Più tardi richiede il soccorso di altro collega che alla sua volta fa due tentativi, l'uno colla mano destra, l'altro colla mano sinistra, ma non è più fortunato del primo; allora si invia la donna all' Ospizio ove arriva alle 8 ½ ant. Le condizioni generali della donna sono ancora abbastanza buone: L'utero presenta una forma ovale allungata con diametro prevalente nel senso longitudinale — notasi però una marcata obliquità destra — la palpazione è pressochè infruttuosa attese le continue e valide contrazioni uterine. — Non cola sangue dai genitali. — Tra questi si scorge procidente la mano destra assieme a lunga ansa di cordone non pulsante.

La mano è rivolta col dorso all'indietro e col pollice verso la

coscia destra della donna. Coll'esplorazione si sente tutta la regione laterale destra del torace dal cavo ascellare fino quasi agli ultimi archi costali — la scapola occupa la parte posteriore. — Tale parte è impegnata nella parte alta dello scavo — dell'utero non si arriva che a sentire un semplice orletto.

La diagnosi dovea essere; primipara a termine di gravidanza — presentazione del feto: spalla destra, dorso post.; l'evoluzione è avviata e precisamente al 2° tempo (impegno o discesa) — feto morto per procidenza del funicolo.

La liberazione fu eseguita così: sul braccio procidente fu fissato un laccio e mentre si tirava su questo, l'operatore (dottore Mangiagalli) introdotta la mano destra (meno il pollice) in vagina, guidava un uncino acuto che perforando l'addome veniva a far presa sulla regione costale destra; primo effetto della collocazione dell'uncino si fu l'uscita di gran parte dell'intestino e del fegato fetale; facendo poi trazioni moderate sull'uncino combinandole a quelle sull'arto ben presto si compiè l'evoluzione del feto descrivendo il caratteristico arco di cerchio. — L'estrazione del capo fu fatta uncinando la mandibola con due dita della mano destra.

Il feto estratto pesava gr. 2820, era di sesso maschile e presentava i segni della morte avvenuta da poche ore. — Il capo e corpo fetale presentavano le seguenti dimensioni:

Diametro	Mento-occipitale . . .	mill.	120
»	Fronte-occipitale	»	100
»	Biparietale-anat.	»	90
»	» ostet..	»	88
»	Sottoccipito bregmat. . .	»	92
»	» frontale	»	102
»	» mentoniero . .	»	85
»	Bimastoideo	»	75
»	Mento-bregmatico . . .	»	100
»	» frontale	»	90
»	Trachelo-frontale	»	84
»	» bregmatico. . .	»	95
»	» occipitale . . .	»	110
»	Biacromiale	»	112
»	Sterno-dorsale	»	80
»	Sacro-pubico	»	40
»	Bitrocanterico	»	90

Era lungo cent. 51,5 di cui 27,5 tra il vertice ed il bellico, e 24 fra il bellico ed i talloni.

Il puerperio fu morboso per endometrite, certamente originata da numerosi tentativi di liberazione subiti a domicilio.

In 14ª giornata la donna abbandonò l' Ospizio perfettamente guarita.

Questo caso assai importante da più punti di vista dal lato operatorio, lo fu anche per un'altra circostanza. — Appena estratto il feto, tutti gli astanti poterono vedere come esso conservasse in modo spiccato la posizione forzata che avea dovuto assumere nell'utero materno. Non fu difficile facendo rientrare i visceri addominali per la breccia fatta dall'uncino, e guidati da segni del tumore di parto e di compressione delle altre parti fetali, ridare all'estratto cadaverino quella posizione che indubitatamente avea ne' genitali della donna. Fu subito tratto fedelissimo modello in gesso del quale esatta copia è l'unito disegno. — Esso può essere considerato come un saggio di evoluzione spontanea a secondo tempo compiuto.

Si consideri in fatti quanto la flessione sia portata al suo maximum, al punto da cambiare una presentazione trasversa in una longitudinale: ed una conferma che le cose fossero veramente così, l'abbiamo nel fatto che le dimensioni dell'utero prese subito dopo l'accettazione della donna davano una prevalenza al diametro longitudinale su quello trasverso.

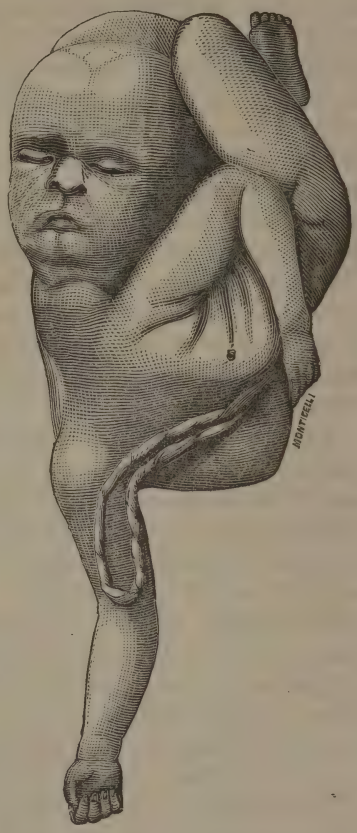
Alla flessione portata al suo maximum tien dietro l' impegno della parte — si scorge assai bene nel disegno quanto il collo si sia allungato onde permettere la discesa del tronco; a questo punto se l' arte non fosse intervenuta la natura avrebbe probabilmente reso possibile l'espulsione del feto mediante il moto di rotazione interna.

Conseguenza del forte impegno della parte, l' esteso tumore di parto su tutta la regione toracica destra, il volume marcatamente maggiore del braccio procidente di fronte al sinistro appiattito e compresso fortemente contro il torace e l' addome.

Nel disegno il collo sebbene allungato vedesi tuttavia abbastanza grosso; e ciò è conseguenza di un discreto sviluppo della ghiandola tiroidea, alterazione anatomica spiccata anche nella madre, e che io ripetutamente potei osservare in feti morti ed in feti viventi nati da donne gozzute. Non si dovrebbe forse tenere più in conto il fatto della ereditarietà del gozzo?

Alle molte figure affatto teoretiche che vengono regolarmente riprodotte ne' trattati credemmo conveniente aggiungere ancor questa che può dirsi esattamente tolta alla natura.

Ecco qui adunque raccolta una serie di cinque casi, tutti occorsi nell'Ospizio Provinciale delle partorienti. — In tutte queste donne la spalla era più o meno profondamente impegnata, che è quanto dire la evoluzione era più o meno avanzata.



Nessuna meraviglia che in alcune di esse la evoluzione potesse compiersi anche con discreta facilità attese le condizioni peculiari del caso, e specialmente il fatto dell'essere multipare, il trattarsi di feti poco sviluppati.

L' ultima osservazione però fa una eccezione a tutte le altre: qui la donna è primipara, la gravidanza è a termine ed il feto s'avvicina per peso ai tre chilogrammi.

Fatto ancora più degno di osservazione tutte e cinque le donne riebbero e prontamente completa salute. È un punto questo sul quale mi sembra sia utile l' insistere per due serie di ragioni: la prima per la prognosi in generale di tali casi, la seconda per dimostrare una volta di più la innocuità dell'atto operativo.

Abbiamo scritto importante per la prognosi: leggasi infatti ciò che scrive il dott. Adolfo Pinard, professore aggregato alla facoltà medica di Parigi (1). « Lorsque le travail se déclare chez

---

(1) *Des contre-indications de la version dans la presentation de l'epaule,* etc. Paris, 1875.

une femme arrivée au terme de la gestation, si l'on a recunu que l'enfant se présente par l'épaule, il *faut*, au moment opportun, pratiquer la version telle est la loi générale. Si cette opération n'est point faite, ou peut affirmer qu'à moins de circostances tout à fait exceptionnelles, la mère et l'enfant sont voués à une mort certaine ».

Siccome mi sono sforzato di rimanere nel campo della semplice embriulcia a complemento dell'evoluzione spontanea, così i fatti raccolti sono relativamente poco numerosi; se volessi qui riportare tutti i casi in cui la presentazione trascurata del tronco terminò coll'embriotomia, qualunque sia stato il processo impiegato, potrei anche coll'autorità dei numeri dimostrare che ciò che scrisse il Pinard è di colore troppo oscuro.

Certo a rivolgimento impossibile un feto non può più sperare salute, anzi diremo che più presto che esso muore maggiore sarà la probabilità di vita per la donna, almeno per que' ostetrici che rifuggono in modo assoluto dall'intaccare il feto che non sia indubbiamente morto.

Ma la serie esposta giova anche a dimostrare la bontà dell'atto operativo. Si pensi in fatti che in tutti e cinque i casi fu impiegato il tanto temuto uncino acuto, ed in tutti i casi le donne prontamente guarirono. Ma tale meraviglia non trova ragione d'essere qualora si pensi alle condizioni in cui tale istrumento viene impiegato. Si ricordi in fatti che esso resta, si può dire, quasi completamente nella vagina, che esso è guidato sulla parte fetale dalla mano intera, o delle quattro dita portate in vagina, che durante le trazioni questa stessa mano avverte se l'istrumento abbia tendenza a lasciare la presa ed in tal caso cessando la trazione ogni pericolo di lesioni è scongiurato.

In qual modo agisce l'uncino?

Nel maggior numero de' casi esso non fa che aggiungere o sostituire la vis a fronte alla vis a tergo: ne sieno esempi le osservazioni 1ª, 2ª, 3ª e 4ª. Talvolta però la sua azione è complessa: oltre alla forza traente facilita eziandio la evoluzione del feto riducendone il volume, ossia provocando l'uscita de' visceri dalle naturali cavità, come avvenne nella 5ª osservazione.

In qual punto deve essere portato l'uncino?

Teoricamente a completare la evoluzione avviata si dovrebbe portare la trazione quanto più è possibile vicino alla pelvi fetale, ma la pratica ripetuta ha potuto dimostrare che qualunque punto

serve; che anzi più comunemente i punti di presa si notano o sulle scapole o sulle coste fetali.

Un' ultima considerazione risguarda una delle conclusioni del Golinelli, sia cioè da prescegliersi l'uncino acuto solo ne' casi di posizioni dorso anteriori. Io non trovo da ridire sugli argomenti portati in campo dal dott. Golinelli riguardo a questo punto, ma mi limiterò a considerare i cinque casi esposti: su cinque presentazioni della spalla ben tre volte il dorso era voltato all' indietro e tuttavia l'impiego dell'uncino corrispose pienamente. Mi pare adunque la posizione non possa essere controindicazione all' impiego di questo istromento.

Da quanto ho esposto credo possano trarsi le seguenti conclusioni:

1.° A spalla profondamente impegnata è affatto contro indicato il rivolgimento.

2.° La evoluzione spontanea iniziata può essere (constatata la morte del feto) completata artificialmente mediante l' uncino acuto.

3.° L' uncino acuto può impiegarsi indifferentemente tanto nelle posizioni dorso-anteriori che nelle dorso-posteriori.

4.° L'uncino acuto è in tale atto operativo istrumento affatto innocente.

5.° Non riuscendo l' uncino acuto si passi ad uno de' tanti processi embriotomici proposti.

APPENDICE

Al momento di correggere le bozze non posso fare a meno di aggiungere ai 5 esposti, un sesto caso clinico che viene ad appoggiare assai validamente quanto fu sopra esposto. Anche qui domando venia al lettore se l'esposizione è fatta con qualche dettaglio.

Osservazione 6.ª

Il dì 3 del mese di aprile 1881 vengono alla Maternità a domandare l'opera di un ostetrico per donna che si dice in travaglio

di parto: chi veniva all'Ospizio in cerca di un sanitario era il marito della donna. Andarono il dott. Mangiagalli, medico 1° assistente, lo scrivente ed il dott. Ulietti medico praticante.

La moglie.... è primipara: dell'età di circa 26 anni, è al termine di gravidanza; il travaglio s'era iniziato la sera del 2 alle ore 10 pom., le contrazioni erano state valide e continue per tutta la notte: al mattino alle ore 8 ant. a dilatazione quasi completa durante una contrazione uterina si rompono le membrane: abbondanti e limpide colano le acque e con queste si mostra alla vulva una mano del feto. Accorta allora dell'anomalo andamento del travaglio, la levatrice dice ai parenti trattarsi di presentazione di spalla ed esser quindi necessario il pronto intervento del medico. Pare però che le ricerche fatte non approdassero a buon risultato, poichè i parenti non ebbero il desiderato aiuto del medico che alle ore 11 circa ant., vale a dire pochi minuti dopo che avevano domandato l'aiuto nostro. Dal racconto della levatrice e della donna siamo fatti certi che in queste 3 ore le contrazioni furono sempre frequenti e gagliarde. Lo stato della donna è buono, se si faccia eccezione di un po' di apprensione per la sua sorte e per quella del suo bambino.

L'utero ci si presentava fortemente chiuso sul feto e la palpazione poco o nulla ci rischiarava: in complesso però l'utero avea una forma ovoidea a diametro maggiore disposto obliquamente. L'ascoltazione praticata ripetutamente fu affatto negativa per la esistenza della vita del feto.

Fra i genitali est. si vedeva la mano destra: pollice alla coscia destra della donna, dorso della mano all'indietro: mettendo la mano tra la supinazione e la pronazione il pollice guarda in alto ed all'avanti.

Coll'esplorazione: la parte alta dello scavo è tutta occupata dalla cassa toracica della quale sono distintissime le arcate costali: post. si esplora con tutta facilità la intera scapola destra, l'angolo inferiore della quale guardava verso la metà sinistra della pelvi. La dilatazione della bocca uterina raggiungeva il diametro di circa 7 cent.; l'orlo però era piuttosto tumido e resistente.

Il nostro esame ci permetteva adunque di ritenere: la donna in travaglio di parto; il feto presentantesi col piano laterale destro in posizione cefalo-acromio-iliaca destra; potevamo inoltre esser certi della morte del feto.

Riguardo poi al modo di intervento dovevamo considerare: la retrazione dell' utero, l'impegno della spalla, la morte del feto; questi tre fattori congiunti allo stato ancor buono nel quale si trovava la donna, nel mentre si opponevano anche ad un circospetto tentativo di rivolgimento, ci permettevano di poter attendere. L'aspettazione in questo caso altro non domandava se non un impegno maggiore della parte onde fosse più tardi facilitata l'evoluzione artificiale. Riveduta all' 1 pom. la parte infatti era alquanto più impegnata e del fatto si potea averne indubbia prova nel reperto all'esame digitale; infatti la regione toracica oltre all'essere a quest'ora più bassa, presentavasi anche con marcata convessità inferiore, segno certo che il 2° tempo andava mano mano compiendosi.

Alle 3 pom. le condizioni essendo pressochè eguali ma maggiore la dilatazione uterina il dott. Mangiagalli decide di intervenire. In pochi momenti la donna è nella completa narcosi cloroformica; messa sulla sponda del letto, l'operatore introduce in vagina la mano destra e su questa guida l' uncino acuto che penetrando nell'addome per la regione lombare destra, determina la fuoriuscita del fegato e del tubo enterico (in buona parte) e va poi a far presa sopra tre delle ultime coste di destra: continuando nella trazione a poco a poco la evoluzione si compie e si riesce a portar fuori col meccanismo della evoluzione un feto del peso di gr. 3000, lungo cent. 50 e con un diametro biparietale di mill. 92.

Dieci giorni dopo la salute della donna era ottima, il puerperio decorreva affatto fisiologicamente.

Ecco un caso in cui la donna è *primipara*, la gravidanza a *termine*, il feto di sviluppo *normale* (gr. 3000), la spalla si presenta col dorso rivolto *posteriormente* e tuttavia in poche ore la evoluzione arriva al punto da poter essere facilmente completata dall' uncino acuto, senza avere per la donna spiacevoli conseguenze.

DESCRIZIONE DI UN BACINO CIFOTICO

DEL

Dott. G. INVERARDI

2° Assistente all' Istituto Ostetrico di Torino
diretto dal Prof. Cav. D. Tibone

I casi di distocia riferentisi alla cattiva conformazione della pelvi sono frequentissimi, ma la forma di viziatura pelvica di cui mi occupo ora, costituisce una causa di distocia oltremodo rara; giacchè nella massima parte delle stenosi pelviche, la deformità principale risiede nello stretto superiore, e la difficoltà al parto è costituita più specialmente da una riduzione del diametro retto superiore interno o *coniugata vera.* Nel bacino che studieremo tra poco lo stretto superiore subisce mutazioni pure profonde ma in un verso affatto opposto, e la difficoltà al parto risiede allo stretto inferiore, di cui i diametri sono tutti minori del normale, specialmente il diametro trasverso, cioè interischiatico come vedremo più avanti.

Questa particolare forma di viziatura pelvica risultante e da una alterata conformazione delle ossa pelviche, e da un diverso rapporto che esse contraggono tra loro, trova la causa e la spiegazione in una lesione primitiva della colonna vertebrale, la quale tanto più fa sentire la sua influenza sulla forma del bacino quanto più risiede in basso, cioè verso il sacro: voglio dire la cifosi *dorso-lombare* e *lombo-sacrale.*

Si è discusso se a questo bacino si dovesse dare la denominazione di *cifotico.* Se per dare il nome ad una data viziatura pelvica si partisse sempre dal criterio della forma, che impose ad esempio il nome di *piatto* ed *ovolare* a quelli che avevano

queste forme, è certo che la denominazione di cifotico data al bacino che ci occupa, la si dovrebbe mutare in quella di bacino *imbutiforme;* ma nello stesso modo che il criterio eziologico prevalse quando ai bacini colpiti dalla osteomalacia o deformati dalla scoliosi si diede il nome di *osteomalacici* o *scoliotici* non trovo difficoltà alcuna ad ammettere la denominazione di bacino *cifotico.* Tanto più poi che l'azione della cifosi è tanto costante e sufficientemente conosciuta, da non lasciar campo a confusioni od oscurità, salvo poi a fare le distinzioni necessarie a seconda che la cifosi risiede in un punto più o meno elevato della colonna vertebrale, ammettendo così le due varietà di bacini cifotici determinate dalla

a) cifosi dorso-lombare e dalla

b) cifosi lombo-sacrale.

La *cifosi cervico-dorsale* producendo una lordosi compensatrice nella parte inferiore della colonna vertebrale, non produce alterazioni sulla forma del bacino se non in relazione a quest'ultima lesione della colonna vertebrale, la lordosi, epperò esce fuori dai confini che ho tracciato a questo mio lavoro.

Lo studio che io faccio ora lo traggo da un esemplare che ho sotto gli occhi, e che ebbi per somma cortesia di un collega che non vuole essere nominato, ed a cui tuttavia sento il bisogno di porgere pubblicamente le più sentite grazie. La cifosi essendo nel nostro caso nella regione dorso-lombare, mi limiterò a studiare le alterazioni che il bacino subisce per queste specie di cifosi, non mi occupero perciò che della *varietà dorso-lombare.*

Il pezzo che io descriverò consta di tutta la colonna vertebrale della cassa toracica e del bacino; mancano il capo, le estremità superiori colla clavicola e la scapola, le estremità inferiori e del coccige non esiste che la prima falsa vertebra.

L'ordine che seguirò in questo lavoro è di studiare la parte anatomica dapprima, a cui farò seguire alcune considerazioni cliniche. Nella prima parte, ossia l'anatomica, farò la descrizione del pezzo patologico, come esso si presenta all'osservatore, cercherò di studiare in seguito la genesi delle deviazioni spinali e della viziatura pelvica, alla quale assegnerò un posto nella classificazione delle viziature stesse. Nella seconda parte, la clinica, tenterò di dare di questa viziatura i caratteri clinici che ci permettono di riconoscerla sul vivente e distinguerla dalle altre con cui potrebbe venire scambiata, accennerò brevemente al decorso

della gravidanza e del parto, alla prognosi sia pel feto che per la madre e alla terapia ostetrica di codesto vizio pelvico.

I.

Parte anatomica.

1.° *Descrizione del pezzo anatomico*

Mancando assolutamente i dati anamnestici, mi limiterò alla sola descrizione dello scheletro come si presenta. In questa descrizione credo utile dire qualche parola anche della colonna vertebrale, essendo qui la causa della particolare alterazione della forma e delle dimensioni di questo bacino. Incomincierò dalla descrizione delle singole ossa, per riunirle poi assieme nella formazione della colonna vertebrale e del bacino.

Dalla apparenza macroscopica delle ossa si vede che l'individuo a cui appartenevano era pervenuto all'età adulta, poichè esse hanno raggiunto il loro completo sviluppo; inoltre è facile rilevare come esso appartenesse al sesso femminile argomentando dall'ampliamento delle ossa iliache, dalla loro sottigliezza, dalla forma arrotondata dello spazio sottopubico e dalla forma triangolare del foro otturatorio.

La colonna cervicale e le prime dorsali presentano nulla di notevole, tranne una leggiera deviazione che dà a questa parte della colonna vertebrale una deviazione leggermente obliqua dall'alto al basso e da destra a sinistra, vista di fronte; e vista di profilo una direzione assai più obliqua dall'alto al basso e dall'avanti all'indietro.

La quarta vertebra dorsale presenta alterazioni assai più profonde, e cioè incurvata sul lato destro del suo corpo, come pure la 5ª, 6ª, 7ª, 8ª, 9ª, per modo chè riunite assieme danno luogo ad una *scoliosi sinistra* della colonna vertebrale corrispondente ad esse. Da questo punto fino al promontorio le vertebre hanno un incurvamento dal lato opposto, per cui tutta la colonna vista di faccia presenta due inflessioni scoliotiche: l'una superiore sinistra, l'altra inferiore destra.

Come avviene di solito nelle deviazioni della colonna vertebrale, questa scoliosi è accompagnata da una rotazione che subirono le vertebre dalla quarta dorsale all'ultima lombare attorno al loro asse verticale. E questa rotazione si fece in modo che da

una parte il corpo delle vertebre si portò verso destra e posteriormente e dall'altra le apofisi spinose verso sinistra ed anteriormente.

Questa rotazione, dissi, si nota appena a livello della 4ª dorsale, aumenta quanto più si discende in basso, ed acquista il suo massimo a livello dell' 11ª dorsale, la quale trovasi colla faccia anteriore del suo corpo direttamente rivolta a destra, e l'apofisi spinosa direttamente a sinistra.

Quanto più si progredisce dall' 11ª dorsale in basso verso il sacro, questo moto di rotazione longitudinale diminuisce, per modo chè esso è appena avvertito dall'ultima lombare e per nulla apparente sul sacro.

Questa è l'attitudine che ha la colonna vertebrale vista di faccia, ma essa si allontana non meno dal tipo normale, se la si guarda di fianco. Infatti essa si presenta obliqua dall'alto al basso e dall'avanti all' indietro sino alla 4ª dorsale, in modo che ponendo lo scheletro nella posizione eretta, la deviazione della colonna vertebrale in questo punto (4ª dorsale) dalla linea verticale è di cm. 3,5. Questa obliquità va aumentando ancor più proseguendo da questo punto sino all'11ª dorsale, che è pure il punto più culminante dell'angolo cifotico che fa questa colonna, a tal chè a livello dell'11ª dorsale la deviazione della spina dalla linea verticale è di cm. 13.5.

L'angolo cifotico che ha per apice l'11ª vertebra dorsale si presenta arrotondato verso la parte posteriore, e ciò per il moto di rotazione che le suddette vertebre hanno subito attorno al loro asse verticale, per modo che l'angolo posteriore non è formato dall' apofisi spinosa dell' 11ª vertebra dorsale, ma dall' apofisi trasversa e dal lato destro del corpo della medesima.

Oltre ad una inflessione laterale destra e alla rotazione che subirono le vertebre che abbiamo più sopra nominato, si nota ancora un processo carioso che si estende a tutto il lato sinistro della 9ª, 10ª, 11ª e 12ª dorsale e 1ª lombare, col suo centro di azione al lato sinistro dell' 11ª dorsale, che ebbe per risultato la distruzione della corrispondente parte della vertebra stessa. Per ciò il margine inferiore sinistro del corpo della 10ª dorsale è quasi a contatto col margine sinistro e superiore della 12.ª È per la rotazione laterale destra delle vertebre intermedie che il lato sinistro di queste si portò anteriormente, e si potè determinare la cifosi col suo punto centrale all'11ª dorsale.

Partendo da questa vertebra la colonna vertebrale assume una direzione quasi rettilinea fino alla base del sacro, dall'indietro all'avanti e dall'alto al basso.

L'apertura dell'angolo cifotico anteriormente è di 100°, e l'angolo che la colonna lombare fa inserendosi sul sacro è di 120.°

La rotazione delle vertebre dorsali intorno all'asse verticale e la cifosi hanno alterato pure la conformazione e la direzione delle coste e dell'ambito toracico di tutti e due i lati. Noto intanto che a sinistra mancano tre coste, la 10ª, l'11ª e la 12ª, perchè il processo carioso essendosi diffuso all'apofisi articolare e trasversa delle vertebre corrispondenti, interessando pure l'articolazione costo-vertebrale, distrusse i mezzi d'unione delle articolazioni stesse e nel processo di dissecazione andarono facilmente perdute. Le coste che rimangono tanto a destra che a sinistra sono schiacciate ai lati, e nel loro assieme raffigurano il torace carenato. Inoltre mentre le coste del lato sinistro hanno una direzione dal basso all'alto, e dall'indietro all'innanzi, quelli del lato opposto hanno una direzione inversa, le superiori sono orizzontali, le inferiori si dirigono verticalmente in basso per il tratto compreso fra l'articolazione spinale e l'angolo posteriore di esse, mentre per la loro parte anteriore si dirigono orizzontalmente in avanti.

La rotazione dei corpi vertebrali da sinistra a destra ha ingrandito la docciatura interna compresa fra la colonna vertebrale e l'angolo posteriore delle coste a sinistra, ed annullata invece quella del lato destro, in cui la superficie interna delle coste si trova, dalla 6ª in giù, direttamente a contatto colla faccia laterale destra delle corrispondenti vertebre dorsali.

Passiamo ora alle ossa del bacino che è il soggetto principale di questo mio lavoro e comincierò a studiare le ossa in particolare e poi riunite assieme formanti il bacino.

Sacro. — Solo che si getti uno sguardo sul sacro si è immediatamente colpiti dalla particolare forma che offre in questo bacino. Esso apparisce assai più lungo e più stretto del normale, la sua faccia anteriore è quasi piana, le ali sono strette e la superficie superiore della prima vertebra sacrale pare tirata in alto tanta è la sua elevazione sul piano delle ali. Essa presenta una leggiera curva nel senso trasversale a concavità anteriore a livello della sua base ed una curva pure leggierissima nel senso verticale a concavità anche anteriore.

La metà destra del sacro è meno sviluppata della opposta, il

che vedremo essere in rapporto con uno sviluppo pure minore di tutta la metà destra del bacino. Nella posizione eretta dello scheletro esso ha una direzione pressochè verticale. La faccia posteriore del sacro non presenta nulla di notevole, tranne una configurazione pianeggiante che risulta ancor più messo a confronto con un sacro normale.

Queste diverse modificazioni risultano ancor meglio dalle misure che seguono:

Superficie anteriore.

Altezza del sacro come curva	mm.	150
» » » corda	»	147
Saetta del sacro . . . . . , ...	»	13
Larghezza della base del sacro a livello della linea innominata	»	103
Elevazione della base del sacro sulle ali .	»	15
Distanza orizzontale dalla linea mediana del sacro alla parte superiore della superficie auricolare di sinistra . .	»	59
Id. id. di destra . .	»	55

Superficie posteriore.

Altezza del sacro come curva	»	132
Lunghezza massima	»	66

L'aumento dell'altezza della faccia anteriore non è proporzionato all'aumento dell'altezza della faccia posteriore. Egli è maggiore per la faccia anteriore perchè la colonna vertebrale si inserisce sul sacro con un'inclinazione all'indietro, invece di avere una leggera inclinazioue all'avanti come nel normale. Uno sguardo anche superficiale sul sacro fa riconoscere di leggieri come esso abbia subito una trazione all' indietro per modo che la parte più esterna ed anteriore delle ali è sopra un piano assai anteriore a quello della base stessa.

Ossa iliache. — Ciò che colpisce maggiormente si è lo allargamento che presenta il grande bacino, allargamento che oltre all'esistere assolutamente, si rende ancora maggiormente manifesto relativamente al piccolo bacino, che va sempre restringendosi di più quanto più ci avviciniamo allo stretto inferiore. Pare

che abbiano subito un moto di rotazione intorno ad un asse fittizio che dirigendosi dall'innanzi all'indietro passasse in vicinanza delle cavità cotiloidee, per modo chè la parte superiore a quest'assse si portò all'infuori e la parte inferiore all'indentro. Questa specie di rotazione delle ossa iliache intorno al loro asse antero-posteriore ha fatto sì che le ali iliache hanno assunto una direzione che si avvicina assai più alla orizzontale di quello che normalmente si osservi, e le ossa ischiatiche una direzione verso l'interno assai più obliqua del normale. Mentre adunque il sacro ha una direzione più verticale del sacro di bacino ben conformato, è cioè raddrizzato, le ossa iliache sono maggiormente inclinate di quello che lo siano normalmente.

Particolarità di minore rilievo sono ancora la maggiore strettezza della grande incisura ischiatica, per modo che la spina ischiatica è assai più vicina alla spina iliaca posteriore inferiore che nel normale. Le branche discendenti del pube ed ascendenti dall'ischio sono meno inclinate e quindi più ravvicinate a quelle del lato opposto che nel bacino normale, e la sinfisi pubica alquanto più alta. Si nota inoltre nel punto di riunione della branca discendente del pube ed ascendente dell'ischio, specialmente a destra un ingrossamento, il che dimostra sempre più che l'alterazione pelvica avvenne in età tenera.

Le cavità cotiloidee invece di essere rivolte in avanti ed all'infuori, lo sono inoltre ancora alquanto in basso: le tuberosità ischiatiche in basso ed all'indentro. Unitamente al minore sviluppo della metà destra del sacro, l'osso iliaco di destra è più piccolo del corrispondente di sinistra, come puossi rilevare dalle misure riportate in fine di questo capitolo.

Del bacino considerato in complesso. — Per il raddrizzamento del sacro e per la maggiore inclinazione sull'orizzonte delle ossa iliache noi troviamo che lo *stretto superiore* di questo bacino ha subito profondi cambiamenti nella estensione dei suoi diametri come lo dimostrano le seguenti misure.

Dimensioni dello stretto superiore.

C. V.	126 mm.
Diam. obl. sin.	125 »
» » dest.	125 »
» trasverso	128 »
Microcorda sinistra . . .	111 »
» destra	108 »

Dalle quali cifre rileviamo che il diametro sacro-pubico ebbe un incremento notevole, mentre diminuì alquanto l'estensione del diametro trasverso, rimanendo eguali al normale i diametri obliqui. Dalla lunghezza quasi uguale di tutti i suoi diametri, lo stretto superiore, invece di avere una forma elittica col massimo diametro trasversalmente diretto, ha assunto una forma quasi circolare non essendo il diametro trasverso maggiore del sacro-pubico che di 2 mm.

Questa relazione che passa tra i diversi diametri dello stretto superiore tanto nel nostro bacino che nel bacino normale si rende manifesta dalle cifre che faccio seguire, dalle quali è facile vedere l'alterazione del rapporto che esiste fra i diversi diametri del nostro bacino e tra questi e quelli omologhi del bacino normale.

Dimensioni relative dei diametri nello stretto superiore del nostro bacino cifotico, ammesso 100 *la C. V. dello stesso.*

Diam. retto sup. int. (C. V.) . .	100
» obl. sinistro	99 2
» » destro	99 2
» trasverso	101 5

Dimensioni relative dei diametri dello stretto superiore del nostro bacino cifotico in rapporto cogli omonimi del bacino normale ammesso 100 *la C. V. di quest'ultimo* (1).

	bac. norm.	bac. cif.	differenza
Diam. retto sup. int. (C. V.)	100	114 5	+ 14 5
» obl. sinistro	115 9	120 7	+ 4 8
» obl. destro	115 9	120 7	+ 4 8
» trasverso	122 7	120	— 2 7

Dai quali prospetti rileviamo: 1° che le dimensioni relalive dei diametri dello stretto superiore sono pressochè uguali, e che la sua forma si avvicina assai alla circolare, inoltre dai rapporti che esistono tra i diversi diametri dello stretto superiore del nostro bacino si vede che il diametro trasverso non eccede che di 1, 5 % la C. V., la quale non è che di 0, 8 % superiore ai

(1) C. Schröeder. *Manuale di Ostetricia*, tradotto dal Dott. G. Rocca ed annotato dal Prof. D. Tibone. Milano, 1881.

diametri obliqui; 2° che la C. V. ha subito un aumento considerevole uguale al 14, 5 % sulla estensione della C. V. normale, che minore fu l'aumento subito dagli obliqui, non essendo rappresentato che dal 4, 8 %, mentre il diametro trasverso subì una leggerissima diminuzione, rappresentata dal 2, 7 % sul normale.

Nello *scavo* troviamo che pel riavvicinamento della punta del sacro alla parte anteriore del bacino, per l' inclinazione maggiore delle ossa iliache, i suoi diametri sono tutti diminuiti, misurando l' antero-posteriore 103 mm. ed il trasverso 106 mm. E questa riduzione dello scavo si rende ancora più manifesta dalla maggiore vicinanza in cui si trova la spina ischiatica al punto più vicino del sacro, distanza che nel bacino che descrivo è di 18 mm., mentre in un altro bacino normale io l'ho trovata di 47 mm.

Dimensioni relative dei diametri dello scavo del nostro bacino ammesso 100 *la C. V. dello stesso.*

Diam. retto dello scavo . .	81. 4
» trasverso	84. 1

Dimensioni relative dei diametri dello scavo del nostro bacino in rapporto cogli omonimi del bacino normale ammesso 100 *la C. V. di quest'ultimo.*

	bac. norm.	bac. cif.	differenza
Diam. retto dello scavo . .	115 9	99 5	— 16 4
» trasverso	113 6	99 8	— 13 8

Il che tradotto in altre parole vuol dire che il diametro antero-posteriore dello scavo ha perduto il 16, 4 % della sua estensione, mentre il trasverso non ha perduto che il 13, 8 %.

Ma dove troviamo le più profonde alterazioni è all' apertura di uscita del bacino. Qui notiamo infatti ravvicinamento della punta del sacro alla linea mediana, come pure delle tuberosità ischiatiche a talchè esse convergono col sacro verso l'asse dello stretto inferiore, l' arco sotto-pubico è ristretto, per cui la distanza fra il punto di riunione della branca ascendente dell' ischio e discendente del pube di un lato ed il punto omologo dal lato opposto non misura che 43 mm., mentre nel bacino normale l'ho trovato di 55 mm. e più; l' angolo sotto-pubico è appena di 70° mentre

nel bacino normale io l'ho trovato variare da 80° a 90°. Ecco pertanto i

Diametri dello stretto inferiore.

Diam. ant. post. (dalla punta del sacro alla parte inferiore della sinfisi pubica) .	mm.	90
» interischiatico (fra la parte mediana due tuberosità ischiatiche)	»	75
Distanza sacro-ischiatica destra (dalla punta del sacro alla parte più vicina della tuberosità ischiatica)	»	56
» sinistra	»	49

E ripetendo per lo stretto inferiore quanto abbiamo fatto per lo stretto superiore e per lo scavo avremo i seguenti prospetti:

Dimensioni relative dei diametri dello stretto inferiore del nostro bacino cifotico ammesso 100 *la C. V. dello stesso.*

Diametro retto dello stretto inf.	71. 4
» trasverso	59. 5

Dimensioni relative dei diametri dello stretto inferiore del nostro bacino in rapporto cogli omonimi det bacino normale ammesso 100 *la C. V. di quest'ultimo.*

	bac. norm.	bac. cif	differenza
Diam. retto dello stretto inf.	104. 5	84. 3	—20. 2
» trasverso » »	100	68	—32

Basta gettare uno sguardo su queste cifre per subito persuadersi che la riduzione che subirono i diametri dello stretto inferiore è veramente grandissima, avendo il diametro antero-posteriore il 20, 2 % di meno in estensione dell'omonimo nel bacino normale, ed il trasverso il 32 % di meno in confronto del diametro trasverso dello stretto inferiore in un bacino normale.

Riassumendo adunque le modificazioni che troviamo in questo bacino, abbiamo dall'una parte un notevole accrescimento del diametro antero-posteriore dello stretto superiore (14, 5 %) un accrescimento minore degli obliqui (4, 8 %) ed un leggiero accorciamento del diametro trasverso (2. 7 %), le quali modifica-

zioni danno allo stretto superiore di questo bacino la forma pressochè circolare; dall'altra parte una riduzione di tutti i diametri dello scavo (antero-posteriore, 16, 4 %; trasverso, 13, 8 %) e, ciò che più importa, una riduzione veramente grande di tutti i diametri dello stretto inferiore tanto dall'antero-posteriore (20, 2 %) quanto e più particolarmente, del trasverso (32 %).

Confronto tra le misure
del bacino cifotico con quelle del bacino normale.

	Bacino cifotico	Bacino normale
Diam. cr. il. . . .	mm. 275	mm. 250
» sp. il. . . .	» 256	» 230
C. E.	» 180	» 170
C. V.	» 126	» 110
Diam. trasv. stretto superiore	» 128	» 135
Diam. obl. destro id.	» 125	» 120
» » sinistro id.	» 125	» 122
Microcorda destra id.	» 108	» 87
» sinistra id.	» 111	» 88
Diam. antero-poster. dello scavo . . .	» 103	» 127
Diam. trasverso id. .	» 106	» 125
» antero-poster. dello stretto inferiore . .	» 90	» 110
» trasverso (punto mediano delle tuberosità ischiatiche) .	» 75	» 110
» sacro-ischiatico destro .	» 55	» 75
» sacro-ischiatico sin. . .	» 49	» 75
Altezza del sacro come curva . . .	» 150	» 125
Altezza del sacro come corda . . .	» 147	» 105
Saetta del sacro . .	» 13	» 30

	Bacino cifotico	Bacino normale
Lunghezza della base del sacro a livello della linea innominata	» 103	» 118
Altezza dell'osso iliaco destro	» 198	» 215
Altezza dell'osso iliaco sinistro . . .	» 216	» 215
Altezza della sinfisi pubica	» 44	» 40
Distanza fra le spine ischiatiche . . .	» 73	» 95
Distanza fra la base del sacro e il punto più culminante della cifosi	» 207	
Distanza fra l'atlante e il punto più culminante della cifosi	» 422	
Apertura dell' angolo misurato anteriormente	» 100°	
Apertura dell' angolo sacro-vertebrale .	» 120°	» 150°
Apertura dell' angolo sotto-pubico . .	» 70°	» 85
Distanza fra l'appendice ensiforme e la parte superiore della sinfisi pubica .	» 103	

Genesi delle deviazioni rachidee.

Prima di passare allo studio della genesi di questo bacino bisogna stabilire:

1° Quale fu la lesione che produsse l'incurvamento cifotico della colonna vertebrale.

2° Quale fu la lesione che produsse la scoliosi sinistra dorso-cervicale e destra dorso-lombare.

3° Per quale ragione si operò la rotazione di gran parte delle vertebre intorno al loro asse verticale.

Riguardo alla prima questione è facile la risposta. A livello delle articolazioni della 9ª, 10ª, 11ª e 12a vertebra dorsale colle corrispondenti coste di sinistra si nota uno stato spongioso dell'osso, una vera usura prodotta da un processo di flogosi e di suppurazione dell'osso stesso, un vero processo carioso che ha il suo fomite nel corpo dell'11ª dorsale e si propaga in alto ed in basso nei limiti suddetti. Questa carie colpì solo il lato sinistro di tutte queste vertebre e le apofisi articolari dello stesso lato, intorno alle quali ed all'apofisi trasversa dell'11ª e 12ª dorsale si notano delle neoproduzioni ossee per cui tutte queste parti sono riunite assieme. Trattasi adunque della così detta malattia del Pott.

La carie laterale avrebbe adunque giustificata una deviazione pure laterale, una scoliosi, piuttostochè una cifosi, ma se noi ricordiamo il moto di rotazione che subirono le vertebre dorsali e lombari attorno al loro asse longitudinale e che condusse direttamente in avanti il lato sinistro delle vertebre (specialmente l'11ª che è la più guasta dalle carie), ci rendiamo ragione della cifosi che osservasi in questo punto.

Ma se colla carie e colla rotazione delle vertebre possiamo renderci ragione della cifosi, riesce più difficile spiegare la doppia inflessione scoliotica della colonna vertebrale. La prima idea che si affaccia alla mente di chi si accinge a questo studio è che questa scoliosi sia di natura rachitica. Ed in vero il non potere avere criterii sicuri intorno allo stato delle clavicole, delle membra superiori ed inferiori, del cranio e della faccia, che vi mancano, mi ha alquanto imbarazzato dapprima sull'origine vera o probabile di questi fatti. Ma il non presentare il bacino traccia alcuna di rachitismo, lo sviluppo d'altronde più che mediocre delle ossa della pelvi non solo, ma anche della colonna vertebrale stessa, l'aver potuto altrimenti spiegare questi fatti senza ricorrere al rachitismo, che pare d'altronde inverosimile, mi fecero ammettere l'idea che tanto la scoliosi che la rotazione delle vertebre siano state la conseguenza dello stesso processo morboso che produsse la cifosi, cioè la carie vertebrale.

Ricordiamoci infatti come la contrattura sia un fenomeno abbastanza frequente nella malattia del Pott, e che essa si differenzia appunto dai crampi, coi quali può alternarsi, per la sua persi-

stenza e per la sua maggiore durata. Ordinariamente allora le membra non sono colpite dalla malattia, ma si osserva una tetania dei muscoli vertebrali fino al punto da avere un vero *opistotono*. Non entriamo nella spiegazione di questo tetano che non ci riguarda ma facciamo tesoro del fatto. Nel nostro caso la carie risiedeva nella parte laterale delle vertebre affette e specialmente dell'11ª dorsale. Io non trovo difficoltà nell'ammettere una contrattura interessante solamente o prevalentemente i muscoli vertebrali della parte sinistra. Ciò ammesso facilmente ne viene la spiegazione dello incurvamento della spina in questa regione, permodochè dall'una parte viene in scena la scoliosi destra dorsolombare e la rotazione consecutiva delle vertebre in modo da portare il loro corpo a destra e le apofisi spinose a sinistra. Infatti i muscoli della doccia vertebrale sinistra durante la loro contrazione tendono ad avvicinare sempre più tra loro i punti di inserzione, diminuiranno cioè l'altezza della colonna vertebrale a sinistra in confronto della parte destra, e ne verrà in scena una inflessione della colonna vertebrale con concavità riguardante a sinistra, appunto come succede in chi volendo piegare il tronco a sinistra contrae maggiormente i muscoli che sono situati nella doccia vertebrale sinistra. E questa contrattura essendo permanente diverrà pure permanente l'inflessione scoliotica della spina a questo punto, determinato eziandio dalla carie laterale sinistra di queste vertebre.

Ciò ammesso riesce facile spiegare la scoliosi cervico-dorsale sinistra, la quale non sarebbe che di compensazione, tendendo sempre il corpo a mantenere con spostamenti opposti il centro di gravità sulla stessa verticale.

La rotazione delle vertebre, descritta di sopra, attorno al loro asse verticale può intendersi originata e da un disordinato modo di funzionare dei muscoli vertebrali di questa regione essendosi spostati i loro punti di inserzione, e dalla posizione che il malato doveva tenere in letto. Infatti egli doveva stare coricato di preferenza sul lato destro, per evitare la pressione sul lato ammalato, ove risiedendo la carie, ogni benchè minima pressione doveva riuscire dolorosissima. Questa posizione tenuta dal paziente puossi argomentare e dallo schiacciamento che abbiamo notato nelle coste di questo lato e dal minore sviluppo raggiunto dalla metà corrispondente del bacino, deficienza di sviluppo prodotta dalle continue pressioni a cui soggiacque la metà destra della pelvi in confronto della metà sua sinistra.

Ed ora che abbiamo brevemente studiato la causa delle deviazioni della spina dalla linea normale, vediamo di trovare la ragione e la genesi delle modificazioni che abbiamo descritto nel bacino.

3. *Genesi del bacino cifotico.*

Il Chantreuil (1) che descrisse assai bene il bacino cifotico, ha cercato le ragioni della sua essenza e ne ha studiata l'evoluzione, ma le ragioni che esso adduce e su cui si fonda non mi paiono del tutto esatte come spero di dimostrare col progresso di questo lavoro.

Si può pertanto porre questa proposizione preliminare. La cifosi che produce nella pelvi le alterazioni caratteristiche di questa deviazione spinale, è quella prodotta dalla malattia del Pott, poichè nella cifosi rachitica il bacino ritrae l' influenza e della rachitide per sè e della cifosi, che agiscono in direzione tutt'affatto opposta. Le alterazioni sono allora combinate e contrarie; ed il bacino non obbedisce più ad un tipo particolare ben distinto come nel nostro caso. Di più, la malattia del Pott potendo cogliere l' individuo a tutte le età, noi intendiamo parlare di quella che sopravviene nei primi anni di vita, quando cioè il bacino può ricevere un particolare impulso nel suo sviluppo dalle forze che su di esso possono avere presa. Poichè se coglie l' individuo quando il bacino è completamente conformato e consolidato, questo non riceve più dalla cifosi influenza alcuna o insignificante e quindi da trascurarsi. Infatti in tutti i casi in cui l'arte dovette intervenire per modificazioni profonde nella forma e capacità del bacino prodotta dalla cifosi, questa era sopravvenuta nell'infanzia o nei primi anni della vita, come dice lo stesso *Poppel* citato da *Schroeder:* presso 14 donne egli ha constatato che la malattia 4 volte si era prodotta nella prima infanzia, 2 volte a 2 anni, 4 volte a 3 anni, 1 volta a 6 anni, 2 volte a 7 anni e 1 volta nell' infanzia in generale.

Vediamo adunque brevemente quale è il decorso di tale malattia e come si comportano i bambini ammalati di carie vertebrale. I bambini colpiti da tale malattia periscono ordinariamente dopo un tempo più o meno lungo, ma che è sempre relativa-

---

(1) Chantreuil. *Etude sur les deformations du bassin chez les cyphotiques.*

mente breve, non oltrepassando ordinariamente il termine da uno a due anni. Di questi casi non mi curo perchè non cadono nel dominio dell'ostetricia.

Ma talvolta avviene che dopo qualche tempo dacchè il bambino ha appreso a camminare esso accusi un dolore più o meno intenso in un punto qualunque della colonna vertebrale, e si sviluppa una cifosi. Sia che in un tempo breve si formi una paraplegia da rendere al bambino impossibile la stazione eretta, sia che la medesima pel peso del tronco gli riesca dolorosa assai, il fatto si è che per solito dopo breve tempo che la malattia si è dichiarata, questi soggetti sono obbligati a tenere il letto per un tempo qualche volta anche lunghissimo. Anche in questi casi la regola è la morte; ma talvolta succede che qualcuno più fortunato possa godere d'una guarigione o reale o apparente, o stabile o passeggera, per ricadere poi e per l'ultima volta ammalati. In ogni caso però una volta stabilita la cifosi non è più suscettibile di correzione e rimane tale fino all'estinzione della vita.

È quando la guarigione si è fatta, oppure l'individuo trovasi in uno dei periodi di calma della malattia, ed è pubere od adulto che il caso può cadere nel dominio dell'ostetricia. Io non so se il soggetto a cui appartenne lo scheletro che ho dinnanzi mentre scrivo si sia trovato in tali contingenze da richiedere il soccorso dell'arte ostetrica, mancando assolutamente di dati anamnestici, ma lo stato adulto dello scheletro ed il sesso femminile non sono certo di contrasto a questa supposizione.

Abbiamo adunque veduto che le alterazioni di questo scheletro sono dipendenti tutti dalla carie vertebrale risiedente nella regione dorso-lombare, inoltre che colpì l'individuo ai primi tempi della sua vita e durò probabilmente tutta la vita stessa.

Questa considerazione e la disposizione nuova e particolare che assume la colonna vertebrale rispetto al bacino ci daranno la chiave per trovare la spiegazione della forma del bacino cifotico.

Come ho detto superiormente ripeto che io mi occupo solo della influenza che può avere sul bacino la malattia del Pott scoppiata o lentamente o tumultuosamente nell'infanzia, poichè, sopravvenendo essa in un'altra età, se può avere influenza sulle deviazioni della colonna vertebrale, non ne può avere che in proporzioni limitatissime sulla forma del bacino.

Pertanto vediamo anzitutto quali sono i caratteri principali che

distinguono il bacino fetale dal bacino adulto e per quali cause il primo col volgere degli anni si trasforma nel secondo. — In quello il sacro è quasi rettilineo ed è, relativamente alla sua lunghezza, assai più stretto che nello stato adulto, le ali sono strette ed il punto più elevato delle loro articolazioni colle ossa iliache d'alquanto più basso che la superficie della base sacrale. Il promontorio è assai poco pronunziato. Le ali iliache sono raddrizzate. Il diametro trasverso è quasi uguale ed alcune volte più corto dell'antero-posteriore dello stretto superiore. Lo scavo è assai poca cosa in rapporto colla capacità del grande bacino. Le sue pareti sono convergenti in basso ed all'indentro. Il diametro trasversale dello stretto inferiore è assai ristretto, onde appare lo sviluppo assai scarso del piccolo bacino in confronto del grande bacino.

Vediamo ora brevemente quali sono le forze che determinano il passaggio del bacino fetale nel bacino adulto, e quali sono le modificazioni che per mezzo di tali forze si stabiliscono nel bacino dell'adulto. Queste forze sono tre: 1° l'azione del peso del tronco; 2° le trazioni che operano i legamenti sacro-iliaci posteriori e quelli che costituiscono la sinfisi pubica; 3° la contropressione dei femori nella cavità cotiloidea.

La prima azione, cioè il peso del tronco, spinge in basso ed in avanti la base del sacro, la quale incastrata fra le due ossa iliache non può muoversi che per quanto glielo permettono la distendibilità dei legamenti e la flessibilità dell'osso stesso considerato nei primi anni della vita. L'idea che il sacro rappresenti la chiave della volta formata dalle due ossa iliache non può sussistere poichè per avere tale ufficio si richiederebbe che la faccia posteriore del sacro fosse più ampia che l'anteriore, e che per insinuarsi nella cavità dello scavo dovesse allontanare le ossa iliache che gli dovrebbero opporre così una resistenza. Infatti il sacro è foggiato in modo che esso può rappresentare due cunei, l'uno longitudinale, l'altro secondo la sua spessezza. Il primo gli impedisce che nella stazione eretta od assisa maggiormente si insinui fra le ossa iliache se non divaricandole posteriormente; l'altro è disposto in modo che per la maggiore estensione della faccia anteriore in confronto della posteriore, il sacro trova difficoltà grandissime a portarsi superiormente ed all'indietro, mentre ha tendenza e facilità a portarsi anteriormente ed in basso, spinto in questa direzione dal peso del tronco, considerando sem-

pre il bacino nella posizione eretta od assisa. Ond'è che il sacro fissato solidamente alle ossa iliache obbedisce al peso del tronco rotando intorno all'asse suo trasversale in modo che mentre porta la sua base in avanti ed in basso la punta tenderebbe a portarsi in alto ed all'indietro. Se non chè dall'una parte il sacro è robustamente vincolato alle ossa iliache dai legamenti sacro-iliaci posteriori ed anteriori e dal legamento ileo-lombare, e dall'altra dal grande e piccolo legamento sacro-ischiatico. In alto i legamenti sacro-iliaci posteriori ed anteriori ed il legamento ileo-lombare impediscono un grande spostamento in basso ed in avanti della base del sacro, ed in basso i legamenti grande e piccolo sacro-ischiatici impediscono alla punta di portarsi in alto ed all' indietro. Succede allora che per le trazioni di questi ultimi legamenti la punta del sacro non potendosi portare all'indietro rimane in sito, ma il sacro si incurva verticalmente, specialmente a livello della 3ª vertebra sacrale, originandosi così la concavità anteriore fisiologica di quest'osso.

Dissi che il peso del tronco spingendo in basso ed in avanti la base del sacro adduce nei legamenti sacro-iliaci posteriori una tensione tanto più forte quanto maggiore è l'azione del peso che sovrasta al sacro. Orbene questa tensione avrebbe per risultato di fare avvicinare sempre più fra loro le parti posteriori delle ossa iliache, specialmente quella parte che è situata dietro le superfici auricolari, e per un movimento di leva avrebbe pure per effetto di allontanare fra loro i due pubi se si ammettesse per un momento annullata la sinfisi pubica. Ma questa articolazione è fornita di robusti legamenti che impediscono ogni più piccolo allontanamento delle superfici articolari, ne consegue perciò che le ossa iliache ancora tenere subiscono esse pure una inflessione tale che la curva descritta dalla linea innominata si accresce, la sinfisi pubica si avvicina al sacro, diminuendo così il diametro sacro-pubico, mentre il diametro trasverso va aumentando di tanto quanto si è ridotto l'antero-posteriore.

E quest'appiattimento che va di pari passo con un raddrizzamento dell'arco pelvico anteriore è limitato dalla contro-pressione dei femori, i quali agendo dall'esterno all'interno moderano l'appiattimento esagerato del bacino, che succederebbe quando l'azione dei femori non si facesse sentire. L'appiattimento dei bacini della stazione assisa prova questo asserto. L'aumento del diametro trasverso dello stretto superiore si fa sentire per la stessa

ragione sul diametro inter-ischiatico, allargandosi il quale si aumentano pure l'inclinazione delle branche ischio-pubiche e l'apertura dell'angolo sotto-pubico, che in un bacino adulto e ben conformato presenta una forma arrotondata.

Orbene questo appiattimento aumenta sempre più, e può andare ai gradi estremi quando, per un processo di rammollimento delle ossa, metti per rachitide, oppure per l'aumentato peso del tronco prodotto dall'abitudine di portare pesi sulle spalle, le ossa pelviche sentono maggiormente l'influenza di queste tre forze, a cui abbiamo brevemente accennato. Ovvero non si determina o solo si accenna quando esse non entrano in azione, come si osserva nel caso descritto da Gurlt, citato da Schroeder, in cui si conservò la forma fetale nel bacino di una donna di 31 anni, che per idrocefalia avea dovuto tenere sempre il letto. Ciò che prova l'esattezza della teoria su cui possiamo adunque fondarci per spiegare le alterazioni riscontrate nel bacino che ho descritto. Queste alterazioni sono tanto profonde ed evidenti da doversi ammettere che le cause che le produssero agirono nella prima infanzia e si mantennero fino all'età in cui le ossa avendo acquistato la loro normale solidità rimasero nell'atteggiamento preso. Anzi io ammetto che questa carie vertebrale che ebbe per suo punto di partenza la parte sinistra del corpo dell'11ª dorsale abbia trattenuto se non sempre almeno per la massima parte della sua durata la paziente a letto, poichè la stazione eretta e la stazione assisa, aumentando la cifosi e la compressione sul punto malato, dovevano produrre dolori grandi che ogni malato cerca sempre di evitare. E ciò l'ammalato otteneva collo stare continuamente coricato, specialmente sul lato destro come abbiamo arguito dallo scarso sviluppo della metà destra del sacro e dell'osso iliaco destro e dall'appiattimento e schiacciamento delle coste di destra, annullando così l'azione del peso del tronco e conseguentemente anche quello della trazione dei legamenti sacro-iliaci posteriori, dei legamenti della sinfisi pubica e della contro-pressione dei capi femorali. Il bacino adunque non essendo sotto la influenza delle ordinarie cause che lo trasformano dallo stato fetale a quello d'adulto, conserverà molte delle caratteristiche di quello come si può osservare dall'esame e dal confronto del nostro bacino con un bacino fetale. La conformazione rettilinea del sacro, la grande prevalenza della sua lunghezza sulla larghezza, il diametro antero-posteriore dello stretto superiore di poco inferiore

al diametro suo trasverso, a talchè la forma dell'ingresso pelvico si avvicina alla circolare, come avviene nell'età fetale e nella bambina, la ristrettezza dello scavo, l'avvicinamento delle tuberosità ischiatiche e conseguentemente delle branche ischio-pubiche, rendono assai apparente la rassomiglianza fra questi due bacini. È forse questa, secondo me, la ragione principale della forma di bacino e che il Chantreuil nella sua memoria, per altro bellissima, ha troppo trascurato, dando una parte ampia e non necessaria alla descrizione grafica e geometrica della genesi di questa viziatura, che dimostrerò anche incompleta ed erronea.

Vediamo intanto quanto dice questo scrittore per dimostrare i mutamenti nella inclinazione, nella forma e nella posizione del sacro sia riguardo all'orizzonte, sia riguardo ai suoi rapporti colle ossa iliache e colla colonna vertebrale.

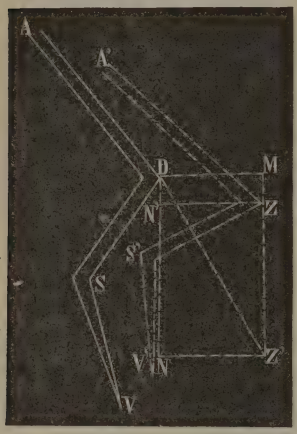


Fig. 1ª

Dopo aver detto che i cifotici per correggere lo spostamento in avanti del centro di gravità portano all'indietro le spalle e il capo e diminuiscono la inclinazione del bacino, obbligandolo a fare un moto di rotazione intorno ad un asse trasversale passante nel centro delle cavità cotiloidee, la quale rotazione riconosce per limite il massimo distendimento del legamento ileo-femorale che è robustissimo, tenta di dimostrare colle regole della meccanica dinamica tanto il raddrizzamento del sacro, quanto la sua posizione elevata rispetto alle ossa iliache. È utile far precedere la nozione che in meccanica puossi sempre scomporre una forza in altre due per modo che queste due forze formino due lati adiacenti di un paralellogrammo di cui la diagonale sia rappresentata dalla forza che si vuol scomporre. Ecco pertanto la dimostrazione del Chantreuil:

« La colonna vertebrale che trasmette al bacino il peso del » tronco forma nel caso di cifosi dorso-lombare un'asta rotta, di » maniera che il punto di applicazione dell'azione del peso del » tronco si trova sull'estremità superiore del lato inferiore del- » l'angolo nelle condizioni che rappresenta la fig. 1ª: sia AV la » colonna vertebrale, D l'estremità dell'angolo cifotico, SV il sa-

» cro. Il peso del corpo applicato in D sulla parte superiore del
» tronco inferiore agirà nel senso ADZ′. Ora noi possiamo scom-
» porre la forza DZ′ e sostituirvi le due componenti, l'una oriz-
» zontale DM, l'altra verticale DN. Ma quest'ultima tende ad ab-
» bassare direttamente la sommità dell'angolo, e d'altra parte
» trasmette al tronco inferiore e *per suo intermediario al bacino*
» *il peso del corpo*. Essa può adunque dividersi in due parti: una
» NN′ neutralizzata dalla resistenza del punto d'appoggio, l'altro
» DN′ agente solo efficacemente per portare direttamente in basso
» il punto D. Quanto alla componente orizzontale DM è ben evi-
» dente che essa tende a portare direttamente all'indietro la som-
» mità dell'angolo. Per conseguenza se noi consideriamo l'azione
» su questo della componente orizzontale DM e della componente
» DN′ (frazione di DN) che si esercita secondo la verticale noi
» otterremo una risultante DZ, che sarà diretta in basso ed al-
» l'indietro e che tenderà a condurre in questo senso il punto D.
» La conseguenza di questo spostamento all'indietro ed in basso
» dell'estremità superiore del lato inferiore dell'angolo deve es-
» sere di portare all'indietro il centro di gravità del tronco tutto
» indietro, di tirare l'estremità superiore del sacro *all'indietro ed*
» *un po' in alto* e di diminuire l'inclinazione di quest'osso sul-
» l'orizzonte di maniera che il punto S viene in S′ ed il punto
» V in V′. »

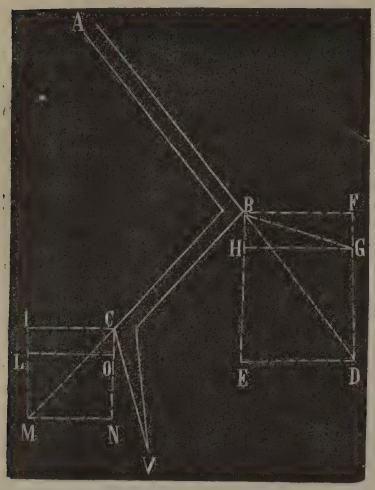
E più avanti « per conseguenza il sacro deve essere tirato in
» alto ed all'indietro. »

Prescindiamo dalla parte troppo grande data all'azione del peso del tronco che, secondo me, è per contro assai limitata in questi individui per le ragioni più sopra addotte. Pur tuttavia riesce alquanto strano vedere come per l'azione del peso del tronco, che agisce dall'alto al basso e dall'indietro all'innanzi sulla base del sacro, possa questo sollevarsi, foss'anco di poca cosa, mentre se esso è movibile anche di una sola linea dovrebbe portarsi in basso ed all'innanzi. Ma oltre a questa ragione voglio contrapporre ad una dimostrazione scientifica un'altra pure scientifica, anzi analoga, e spero pure di dimostrare che l'aver dimenticato l'azione di una forza, ha potuto condurre l'autore ad una conclusione che mi pare contraria alla verità scientifica del fatto.

L'azione del peso del tronco si trasmette dapprima per la retta AB in direzione ABD. Scomponiamo la BD in due componenti, l'una verticale BE, orizzontale l'altra BF.

Della forza BE una parte HE viene trasmessa al punto C per la retta BC e solo per la minore porzione BH agisce tirando in basso il punto B, che sollecitato pure da BF seguirà la direzione della diagonale BG e si dovrà portare in G.

Ma (ed è qui il punto debole della dimostrazione di Chantreuil) la forza HE si trasmetterà lungo la BC e nella direzione della BCM. Il punto C che rappresenta la base del sacro è quindi sollecitato verso M da una forza uguale a CM. Qui possiamo ripetere lo stesso ragionamento e la stessa figura che abbiamo costrutto nel punto B, cioè scomporre la CM nella verticale CN e nella orizzontale CI. Della forza CV una parte che è la maggiore ON sarà trasmessa alle ossa iliache e da queste alle estremità inferiori, che prendendo un solido punto d'appoggio sul suolo offrono una resistenza infinita; rimane perciò la sola CO che agirà unitamente alla CI sul punto C, cioè sulla base del sacro, che di necessità dovrà seguire la diagonale CL, che ha una direzione *dall'alto al basso e dall'indietro all'avanti.*



ABCV colonna vertebrale
CV sacro
B angolo cifotico.

Fig. 2.°

Questa dimostrazione che è fondata sui più solidi principii della meccanica insegna adunque che anche nel bacino cifotico il peso del tronco agisce pressochè nella stessa direzione in cui agisce nel bacino normale; poichè la base del sacro dovrebbe pel peso del tronco portarsi in basso ed in avanti, ciò che è contrario a quanto succede nella realtà delle cose pel bacino cifotico.

Anche la meccanica adunque dimostra che bisogna cercare altrove la causa di tali modificazioni sul sacro e non nel peso del tronco, che nei cifotici manifesta un'azione o nulla o assai mite. E deve essere così per individui che passano gran parte della loro vita sul letto coricati o semi-seduti, nel qual atteggiamento il peso del tronco si trasmette sopra una superficie ampia del corpo e si trasmette per nulla o per assai poca cosa al sacro.

Che la posizione che tengono questi malati abbia una grande influenza sulla forma del loro bacino per la mancanza delle ordinarie azioni che determinano le note caratteristiche del bacino normale adulto, mi pare dunque di averlo provato e col decorso che d'ordinario tiene questa malattia e perchè se esistesse l'azione del peso del tronco, fatte le debite restrizioni rispetto all' intensità esso agirebbe nella stessa direzione che nel bacino normale. Ma esistono altre cause che andremo esaminando nel progresso del lavoro e che ci daranno ragione dei fatti osservati.

La cifosi dorso-lombare produce un cambiamento più o meno profondo nella direzione delle due porzioni che costituiscono l'angolo cifotico. La parte superiore assume una direzione dall'alto al basso e dall'avanti all' indietro, l' inferiore la direzione opposta: a talchè questa ultima posizione della spina nel caso nostro forma coll'orizzonte un angolo di 45°, messo lo scheletro nella posizione eretta. Questa direzione nella porzione inferiore della spina è d'assai diversa da quella che si osserva nel normale, in cui si ha una direzione leggermente incurvata con concavità rivolta posteriormente, ma di cui la corda è pressochè verticale. Sappiamo che nel bacino normale la superficie della parte articolare della base sacrale è rivolta in alto ed alquanto in avanti, mentre nel bacino che io studio è rivolta bensì in alto ma alquanto all' indietro.

Questa disposizione è facilmente spiegata se si considera l'azione che deve avere sul sacro la porzione della colonna vertebrale situata al disotto dell'angolo cifotico. Questa infatti abbiamo visto che ha una direzione dal basso all'alto e dall'avanti all' indietro formando coll'orizzonte un angolo di 45.° A differenza dello stato normale in cui l'azione del peso della colonna vertebrale si fa sentire prevalentemente sul ciglio anteriore della base del sacro (parte articolare); nel nostro caso esso deve farsi sentire prevalentemente sulla parte posteriore della base sacrale e specialmente sulle apofisi articolari della prima vertebra sacrale. Infatti se la colonna vertebrale non fosse unita al sacro per mezzo del legamento vertebrale comune anteriore e dell'ultimo disco intravertebrale, per la nuova direzione assunte da essa rispetto all'orizzonte dovrebbe inevitabilmente cadere all'indietro. La quale caduta viene evitata dalla resistenza che offrono i sopradetti mezzi d'unione e che deve al postutto essere sopportata del sacro che dovrà quindi essere influenzato in modo non leggero.

Ed invero, sollecitato da una forza che tende a portare all'indietro la parte anteriore della sua base (tensione del legamento vertebrale anteriore e del disco intravertebrale) e da una forza che ne tende a portare in basso ed in avanti la parte posteriore (pressione sulle apofisi articolari e spinosa della prima vertebra spuria del sacro), prendendo per punto di appoggio le articolazioni sue colle ossa iliache, il sacro rota intorno al suo asse trasversale per modo che mentre la base è tirata all'indietro la punta viene di necessità a portarsi in avanti e a sporgere maggiormente nella cavità dello scavo.

Inoltre la parte mediana della base del sacro ricevendo l'influenza di queste trazioni dovrà portarsi all'indietro più che le parti laterali costituite dalle ali che sono trattenute dai legamenti dell'articolazione sacro-iliaca. Onde vediamo nascere quella concavità trasversale anteriore della base che abbiamo testè descritta.

Di più con questo meccanismo ci riesce facile spiegare il raddrizzamento che presenta il sacro nel senso verticale per modo da misurare nella saetta solo 13 mm. E questa sua nuova disposizione è favorita pure dalla minore inclinazione del bacino che riscontrasi nei cifotici, per la quale il sacro si avvicina sempre più alla posizione verticale.

Resta ora a spiegare le alterazioni che riscontrammo nelle ossa iliache. Le stesse considerazioni che abbiamo fatto pel sacro valgono pure per queste. Dapprima la mancata influenza del peso del tronco essendo collegata col mancato appiattimento del bacino normale adulto, l'arco formato dalla linea innominata riesce meno curvo, e l'osso iliaco presenta una maggiore convergenza all'interno ed in basso, caratteri che siamo soliti ad osservare nel bacino infantile. Ma oltre a ciò se noi rammentiamo il moto di rotazione subito dal sacro intorno all'asse suo orizzontale facilmente ci possiamo rendere ragione delle alterazioni soventi gravissime che riscontransi nello scavo e nello stretto inferiore dei cifotici. Infatti le due superficie auricolari delle ossa iliache in sito hanno una direzione convergente all'indietro, e questa direzione convergente vien conservata anche per la parte delle ossa iliache che è situata dietro l'articolazione stessa. Questa disposizione fa sì che lo spazio circoscritto dal sacro e dalle ossa iliache posteriormente va sempre più restringendosi quanto più progrediamo verso le parti posteriori delle ossa iliache, mentre lo spazio cir-

coscritto dalle ossa iliache e dal sacro anteriormente va sempre più allargandosi.

Questa disposizione ci ricorda la figura della lettera A in cui la branca trasversale è rappresentata dal sacro e le branche verticali dalla parte delle ossa iliache situate dietro il diametro trasverso dello stretto superiore, e l'apice dell'A si sarebbe smussato.

Ora noi sappiamo che il sacro si è portato indietro nella parte situata al disopra del suo asse trasversale di rotazione, mentre si è spostato in avanti nella sua parte che è situata al disotto di quasto stesso asse. Il sacro cioè si è dovuto portare in uno spazio più angusto superiormente, ed in uno spazio più ampio inferiormente.

La conseguenza si fu che le parti superiori ed omologhe delle ossa iliache si saranno dovute allontanare e le parti inferiori ed omologhe si saranno dovute ravvicinare. In poche parole la rotazione del sacro ha prodotto pure una rotazione nelle ossa iliache, quella del sacro si è fatta attorno all'asse trasversale, queste delle ossa iliache attorno al loro asse antero-posteriore passante in molta vicinanza della cavità cotiloidea.

Questa doppia rotazione del sacco e delle ossa iliache spiega:

1° l'aumento del diametro antero-posteriore dello stretto superiore;

2° la diminuzione del diametro antero-posteriore dello scavo e dello stretto inferiore;

3° la diminuzione del diametro interischiatico;

4° per ultimo il mantenersi pressochè uguale al normale il diametro trasverso, mentre, mancandovi l'appiattimento del bacino normale, avrebbe dovuto essere inferiore alla media normale.

Riassumendo adunque quanto ho detto circa la patogenesi di tutte queste alterazioni credo di enunciarle nelle seguenti proposizioni:

1) La causa unica di tutte queste deformità fu la *carie vertebrale* che avendo avuto per centro d'azione l'11ª vertebra dorsale produsse una cifosi dorso-lombare;

2) La scoliosi destra dorso-lombare e la rotazione delle ultime 14 vertebre attorno al loro asse verticale sono la conseguenza dell'azione muscolare e della posizione particolare che il malato era costretto a tenere in letto; la scoliosi sinistra dorso-cervicale è solo di compenso e conseguente alla prima;

3) L'azione del peso del tronco che influisce assaissimo sul bacino normale, nel bacino cifotico o è nulla o è assai poca cosa;

4) La malattia colpisce l'infanzia ed allora il bacino conserva molti dei caratteri del bacino di questa età; o non colpisce l'infanzia ed allora la sua influenza sul bacino o è nulla, o dubbia o scarsissima.

5) La tensione che provano il legamento comune vertebrale anteriore e l'ultimo disco intervertebrale dall'una parte, la pressione maggiore che si fa sentire sulle apofisi articolari e sull'apofisi spinosa della prima sacrale dall'altro spiegano: *a*) la propulsione all'indietro della base sacrale, ed all'innanzi della punta, *b*) la linea curva trasversale a concavità anteriore della base sacrale, *c*) il raddrizzamento della linea verticale della faccia anteriore del sacro, *d*) la inclinazione all'indietro ed in basso della base sacrale stessa (parte articolare).

6) La inclinazione minore del bacino favorisce questi spostamenti del sacro.

7) La rotazione del sacro intorno al suo asse trasversale obbliga le ossa iliache ad allontanarsi fra loro nella parte superiore, ed avvicinarsi nella parte inferiore, determinando nelle medesime una rotazione intorno al loro asse antero-posteriore che passa in tutta vicinanza delle cavità cotiloidee.

8) Le modificazioni che presentano i diametri di questo bacino sono in parte dovute all'anormale influenza che su di esso esercitano gli ordinari fattori determinanti il passaggio del bacino fetale nell'adulto, ed in parte agli spostamenti che subiscono il sacro e le ossa iliache.

4. *Classificazione.*

Ho già detto sopra perchè si possa e si debba ammettere la denominazione di bacino cifotico. Aggiungerò che questa viziatura pelvica viene distinta in due varietà a seconda del punto ove risiede la cifosi, cioè in bacino cifotico

varietà dorso-lombare e

varietà lombo-sacrale.

Questa viziatura poi appartiene alla classe dei bacini *imbutiformi* che oltre ai cifotici comprende i *sinostotici*, dei caratteri differenziali dei quali non è quì il luogo di discorrere.

Noterò inoltre che in questi ultimi anni per opera del profes-

sore Hergott de Nancy (1876) venne distinta la cifosi lombo-sacrale in due forme particolari a seconda che la carie colpisce il corpo dell'ultima vertebra lombare, oppure l'arco vertebrale posteriore costituito dalla lamina vertebrale. Nel primo caso il corpo della vertebra *si schiaccia*, e la colonna vertebrale viene a coprire lo stretto superiore, formando la cosidetta *pelvis obtecta* o *spondilolizema* di Hergott; nel 2° caso la colonna vertebrale *scorre all'innanzi*, e viene a porsi sullo stretto superiore, permodochè il corpo dell'ultima lombare forma un nuovo promontorio (falso promontorio) determinando la *spondilolistesi* di Kilian.

II.

Parte Clinica.

5. *Caratteri Clinici.*

Questo bacino può sul vivente venir conosciuto colla scorta dei segni distintivi ch'esso presenta abbastanza chiari, e con non molta difficoltà riscontrabili. Dapprima la cifosi che qualche volta può essere leggera, ma che d'ordinario salta agli occhi ci metterà sulla via del diagnostico. Ricorderemo pertanto alla mente che l'influenza della cifosi sul bacino è tanto più grande quanto più essa si determinò nella tenera età e quanto più essa risiede in basso.

Queste cognizioni saranno sufficienti per farci sospettare trattarsi di una determinata viziatura pelvica, che rileveremo dietro i seguenti caratteri.

Si riconoscerà lo allargamento delle ali iliache misurando i diametri Sp. Il. e Cr. Il che saranno aumentati. La depressione che trovasi normalmente a livello dell'ultima lombare si è d'alquanto appianata, inoltre per lo spostamento in avanti della punta del sacro, e per la convergenza verso la linea mediana delle tuberosità ischiatiche, le natiche sono meno prominenti, come pure è più piana la superficie rugosa formata dalla apofisi spinosa delle vertebre spurie del sacro, il quale manca di quella curva graziosa che è facile rilevare in un bacino normale anche rivestito delle parti molli.

L'esplorazione interna per quanto si riferisce allo stretto superiore non sarà del tutto infruttuosa poichè dal non riscontrare

il promontorio sacro-vertebrale abbiamo già una guida per affermare che la C. V. non si è accorciata. Ed il suo allungamento lo si giudicherà dalla estensione della C. E. che in questo caso può darci utilissimi ammaestramenti.

Assai più concludente sarà l'esplorazione vaginale per quanto si riferisce allo scavo e allo stretto inferiore. Infatti appena sarà sorto nell'animo dell'ostetrico il dubbio che trattasi nel caso speciale di quella deformazione che osservasi nella cifosi, questi si affretterà a prendere quelle misure che dallo studio anatomico di questo bacino sappiamo essere le più ridotte, voglio dire del diametro interischiatico.

Senonchè anche qui possiamo andare incontro a difficoltà e cause molteplici di errore indipendenti dall'esploratore, ma inerenti alla parte che si deve esaminare. Infatti se con una precisione matematica possiamo determinare il volume e la capacità del cranio, se con una approssimazione molto grande conosciamo la struttura e la capacità del torace e dell'addome, riesce invece assai più difficile misurare la capacità e ritrarre la forma della cavità pelvica. La falange bastantemente numerosa dei pelvimetri sta a provare la verità del mio asserto.

Nel caso speciale di cui mi occupo ora parrebbe assai più facile trovare il diametro minimo di questo bacino che è l'interischiatico per la posizione più o meno superficiale delle tuberosità ischiatiche, mentre invece qualche volta non è così.

La spessezza ed abbondanza del tessuto cellulo-adiposo, che specialmente nel sesso femmineo è in questo punto qualche volta abbondantissimo, il volume dei muscoli di questa regione mascherano talora siffattamente queste eminenze ossee, che si richiede qualche attenzione per sentirne il bordo interno e misurarne la distanza.

Mi limiterò ad esporre qui due metodi che ci potranno servire per ottenere queste misure, aggiungendo però che il risultato che se ne ottiene è sempre approssimativo e che è necessario ricordare sempre le molteplici cause d'errore in cui possiamo inciampare. L'un metodo consiste nell'usare un compasso a branche divergenti, utilissimo quello dell'Osiander, l'altro sta nel servirci semplicemente della mano. Vediamo il primo metodo.

Messa la donna in decubito dorsale colle gambe flesse sulle cosce e queste sull'addome ed in modo che il bacino sporga sul margine del letto, si portano i pollici sulle due tuberosità ischia-

tiche e sulla guida di essi si portano i bottoni là dove corrisponde il maggiore ravvicinamento delle tuberosità stesse. Indi leggendo la distanza sull' asta che è annessa all' istrumento, questo essendo in filo, appare rimuovendolo colla stessa divaricazione e portando i due bottoni sopra un' asta graduata e divisa in millimetri si viene a determinare con molta esattezza il diametro interischiatico. Lo stesso istrumento e le stesse regole possono servire per misurare il diametro antero-posteriore dello stretto inferiore.

Se l' ostetrico è privo di istrumenti è bene che sappia colla sola mano prendere il diametro interischiatico, siccome ordinariamente noi prendiamo colla sola mano e con sufficiente esattezza la lunghezza della coniugata diagonale. La posizione della donna è la stessa descritta superiormente, oppure può anche porsi sul fianco opposto a quello da cui trovasi l' ostetrico, le coscie essendo flesse sull' addome. Ecco come si procede. Tenendo ravvicinate tra loro ed estese le ultime 4 dita per modo che formino naturalmente un cuneo coll' apice al medio, e disposte sullo stesso piano, vengono insinuate fra le due tuberosità, indi ritenuto con precisione il punto in cui si sente che le tuberosità ischiatiche sono a contatto delle dita si riporta e si legge questa distanza sopra un' asta graduata. Se il cuneo formato dalla mano così estesa fosse troppo piccolo può essere ingrandito col tenere estese le prime falangi delle ultime 4 dita e flettere invece la 2ª e 3ª falange delle stesse dita. In questo modo la figura a cuneo è conservata e questo viene alquanto ingrandito.

Altri segni esistono ancora fuori del bacino, non ultimo fra i quali devesi notare la minore inclinazione all' interno dei femori mancando l' allontanamento dei loro capi pel diminuito valore del diametro trasverso del bacino in questo punto.

A questo si aggiunge ancora la maggiore appariscenza dell' ostio vulvare per la diminuita inclinazione del bacino e dello stretto superiore, e una sensibilità maggiore che avrebbe, secondo Moor e Bailly, la mucosa della vagina dei soggetti cifotici.

Per ultimo noterò che il volume del ventre nelle donne affette da cifosi dorso-lombare e gravide, non raggiunge ordinariamente le dimensioni e le apparenze globose così pronunziate delle donne con bacino e colonna vertebrale normali, o con bacino angustiato allo stretto superiore; al contrario nella cifosi lombo-sacrale la antiversione dell' utero raggiunge i gradi estremi.

6. *Diagnosi.*

In base ai segni caratteristici di questa forma di viziatura pelvica si sarà sempre in grado di fare una diagnosi sufficientemente esatta del bacino cifotico. Vediamo infatti per quali note esso si differenzia dagli altri bacini viziati.

Col *bacino troppo ampio* è possibile per un momento fare uno scambio poichè tanto in questo quanto in quello la presentazione si impegna facilmente e facilmente discende nello scavo. Ma un esame attento dello stretto inferiore e più di tutto la cifosi ci metterà al riparo di questo errore.

Col *bacino osteomalacico* può scambiarsi il bacino cifotico, tanto più che anche in un soggetto osteomalacico puossi osservare la cifosi. Questi due bacini hanno infatti di comune: la riduzione del diametro interischiatico e la ristrettezza del diametro sottopubico. Ma la proiezione in avanti della sinfisi pubica a guisa di rostro, la presenza di deformazioni che si presentano anche in altre parti dello scheletro, colonna vertebrale, capo, braccia, estremità inferiori, l'invasione della malattia ad età avanzata, la diminuita statura della persona, la introflessione dei cotili, il raggiungersi facilmente il promontorio sacro-vertebrale, la concavità della parete anteriore del sacro aumentata, i dolori che si fanno sentire spontaneamente nella cintura pelvica e che si esacerbano colla pressione e qualche volta la flessibilità delle ossa colpite dall'osteomalacia formano una sindrome fenomenica tutta speciale dell'osteomalacia, che non sarà confusa quindi colla malattia di cui mi occupo.

Col *bacino uniformemente ristretto* sia esso rachitico o no, è facile la diagnosi differenziale; il riscontrarsi facilmente il promontorio, e il toccarsi pure con facilità le sinfisi sacro-iliache ed il contorno tutto dello stretto superiore chiariscono facilmente la diagnosi quanto la semplice misurazione della circonferenza pelvica e la mancanza della cifosi.

Col *bacino piatto rachitico* è ancora maggiore la differenza poichè noi abbiamo in questo delle lesioni affatto opposte. La concavità aumentata del sacro, la diminuzione della coniugata vera, l'aumento dei diametri trasversi tutti della pelvi, l'ampiezza dello spazio sottopubico, la insellatura lombare, l'aumentata inclinazione del piano dello stretto superiore formano assolutamente l'antitesi delle alterazioni del bacino cifotico.

Più grossolana ancora è la differenza fra il bacino cifotico e lo *scoliotico.*

Una causa analoga lega il bacino che noi studiamo collo *spondi lolistesico,* ma in questo la carie risiede nell' ultima lombare e più specialmente nelle apofisi articolari e nella lamina di questa vertebra onde si rallentano i mezzi d' unione del sacro colla colonna vertebrale, la quale scivola al dinnanzi del sacro stesso raccorciando notevolmente la C. V. Basta esplorare lo stretto superiore per avvertire la presenza della colonna vertebrale, laddove dovrebbe esistere il promontorio sacro-vertebrale per differenziare clinicamente il bacino cifotico varietà dorso-lombare dallo spondilolistesico.

La *pelvis obtecta* o *spondilolizema* si avvicina di più alla viziatura pelvica che ho sotto mano, senonchè anche qui la differenza è grossolana e potremo istituire il diagnostico differenziale dai seguenti caratteri:

1) Dalla posizione della cifosi che risiede assai in basso, potendo la stessa base sacrale partecipare alla carie.

2) Dalla piccolezza del sacro in tutti i suoi diametri.

3) Dalla posizione della colonna vertebrale rispetto al bacino per modo che lo stretto superiore è quasi ricoperto dalla colonna vertebrale stessa. È questa disposizione che obbliga a cercare la indicazione ostetrica di questa viziatura non tanto nello stretto inferiore che è sempre angusto, quanto nella C. V., che qui non è rappresentata dal diametro sacro-pubico sup. int., ma dalla minore distanza della parte superiore della sinfisi pubica dalla colonna vertebrale stessa.

7. *Decorso della gravidanza e del parto.*

La gravidanza subisce qualche modificazione dal bacino cifotico. La prima riguarda la posizione dell' utero. Questo può essere tanto in retroversione che in antiversione. La prima anomalia non raggiunge mai gradi avanzati nè richiedenti uno speciale trattamento e non ha altra conseguenza che il rendersi poco appariscente la gravidanza. Questo fatto si osserva nella cifosi dorso-lombare, mentre nella lombo-sacrale, l' utero incontrando nel suo moto di ascesa la colonna vertebrale si rende antiverso.

L' antiversione può in questi casi raggiungere i gradi estremi

fino a produrre il cosidetto ventre a bisaccia. È in questi casi che riescono difficilissimi e l'esplorazione, e l'uso degli strumenti e l'introduzione della mano e del braccio per le opportune esplorazioni ed operazioni.

Un altro fatto che stabilisce una particolarità di questi soggetti è la prematurità con cui si determina spontaneamente il parto quando esso non venga dall'arte promosso prima ancora in vista della viziatura pelvica. I disturbi funzionali sia dal lato dei visceri addominali, come dei toracici sono frequentissimi ad osservarsi in donne cifotiche e gravide verso il 6° mese ed il 7° a talchè prima del vizio pelvico compare o l'ortopnea o le lesioni dell'apparato digerente a spingere il medico a troncare la gravidanza.

Alquanto diverso è pure il decorso del parto. Il periodo di dilatazione non soffre eccezione, solo che assai facilmente si compiono e l'impegno del segmento inferiore dell'utero e la discesa della presentazione nello scavo poichè lo stretto superiore non oppone ostacolo veruno. Ma appunto allorquando in un bacino normale il parto decorre colla maggiore speditezza, in questi bacini esso incontra le maggiori sue difficoltà per l'ostacolato egresso della pelvi. Aggiungi che mentre allo stretto superiore le forze si fanno sentire in una direzione perpendicolare alla direzione dell'ostacolo, allo stretto inferiore invece per la curva della pelvi una parte di queste forze va perduta appunto sulle pareti laterali e posteriori del bacino stesso, onde si ha una minore quantità di forze veramente utili pel parto.

Le sole posizioni che si siano fin ora presentate all'osservazione clinica sono le dorso-anteriori e le dorso-posteriori sia dell'estremità cefalica che della pelvica, e ciò in virtù della legge di accomodamento del contenuto col contenente. Prevalgono però le posizioni posteriori a differenza di quanto si osserva per bacini normali o in altro modo viziati, del che mi pare facile trovare la spiegazione se noi ricordiamo come più frequentemente si osservino le posizioni posteriori in donne che stanno per l'ordinario coricate o che le sorprende il travaglio del parto quando già da qualche ora riposano supine in letto.

Orbene, nei bacini cifotici, allorquando la cifosi risiede nella regione dorso-lombare (ed è il caso più frequente) anche quando la donna è nella stazione eretta, l'utero si trova sempre assai più inclinato all'indietro di quello che lo sia in donna ben con-

formata, e le posizioni posteriori dovranno perciò essere la regola generale per le posizioni del feto in questi casi.

Per ultimo sembra che sia più facile e più favorevole per la donna e pel feto il parto per la faccia, potendosi la presentazione impegnare facilmente per quanto si riferisce allo stretto superiore e alla parte più alta dello scavo per le aumentate loro proporzioni, e, quando poi la cosa è ridotta allo stretto inferiore, il diametro mento-occipitale ridursi di tanto quanto il mento può innoltrarsi sotto la sinfisi pubica.

8. *Prognosi.*

È piuttosto grave tanto pel feto che per la madre. Sappiamo dal decorso della gravidanza che disturbi più o meno gravi scoppiano nel decorso di essa da richiedere l'intervento dell'arte. Il decorso del parto ci ha edotti come questo si prolunghi più dell'ordinario nel periodo espulsivo che viene tollerato assai meno del periodo di dilatazione sia dalla madre che dal feto.

Oltre a ciò la natura basta raramente a sè stessa, e l'ostetrico deve sovente intervenire sia con mezzi cruenti sia incruenti, tanto sul feto che sulla madre, rendendo la prognosi sempre più riservata. Riporto qui la statistica data dal Chantreuil per i casi da lui raccolti. Sopra 14 donne e 23 parti, di cui solo 16 a termine, si ebbero 9 decessi per la madre e 14 pel feto con 20 operazioni.

9. *Terapia.*

Da quanto ho esposto superiormente, la difficoltà al parto apparisce allo stretto inferiore. La forma del contorno dello stretto di egresso del nostro bacino è di figura ovoidea, col massimo diametro diretto dall'innanzi all'indietro di 9 cm., e col trasverso massimo di 8 cm. Ma questo diametro di 8 cm., corrisponde alla parte posteriore delle tuberosità ischiatiche ove si inserisce il grande legamento sacro-ischiatico ed interseca il diametro sacro-pubico o antero-posteriore a 3 cm. di distanza dalla punta del sacro. Il diametro antero-posteriore viene così diviso in due parti disuguali, la più breve posteriore di 3 cm., e la più lunga, anteriore, di 6 cm.

Ora noi sappiamo che il diametro biparietale ostetrico, che è quello che passa perpendicolarmente sul punto mediano del dia-

metro O. F., misura in un feto a termine 89 mm., e che può ridursi con una certa facilità anche di un centimetro, purchè si abbia un sufficiente spazio ai lati acciocchè la testa possa allungarsi nel senso del diametro O. F.

Nel nostro caso il diametro trasverso dello stretto inferiore che passa per la metà del diametro antero-posteriore misurerebbe 75 mm., come vedesi dalla figura qui unita, il che segna ancora 4 mm. di difetto anche dopo la riduzione di 1 cm. del diametro Bp. Os. Ma per ottenere questa riduzione è necessario che vi esista uno spazio sufficiente per essere contenuto il diametro O. F. Questo diametro misurerebbe nel nostro caso il diametro antero-posteriore dello stretto inferiore che contando appena 96 mm., non potrebbe certamente dare passaggio al diam. O F., che raggiungerebbe la lunghezza di altre 110 mm., per la riduzione del diametro Bp. Os. Egli è vero che per l'impegno della bozza occipitale sotto la sinfisi pubica e per lo stato di flessione in cui trovasi la testa quando confronta i suoi diametri con quelli dello stretto inferiore, noi dovremmo considerare il diametro S. O. B., anzichè l'O. F., che misurerebbe soltanto 96 mm. Ma pel disimpegno del capo essendo necessaria l'estensione, arriverà un momento in cui si dovrà porre a confronto del diametro antero-posteriore dello stretto inferiore il diametro Sotto-Occipito-frontale che misura 107 mm., la qual cifra è soggetta ad un allungamento proporzionale alla riduzione che subisce il diametro Bp. Os., nel passare attraverso il diametro Bisischiatico.

Si richiederebbero adunque 79-80 millimetri nel diametro trasverso ed almeno 117 mm., nell'antero-posteriore per ottenere non senza difficoltà l'espulsione o l'estrazione di un feto vivente e a termine. Abbiamo adunque riguardo al volume del capo il difetto di 2 cm. circa fra i due diametri dello stretto inferiore, il chè ci dovrà far discendere fino alla fine dell'8° mese per ottenere il passaggio di un feto vivente.

Ho voluto estendermi su ciò perchè se la riduzione di un solo diametro di 2 centimetri può ancora permettere il passaggio di un feto a termine, ciò non si può sperare nel bacino cifotico poichè tutti i diametri sono ridotti, e noi ci troviamo allo stretto inferiore nelle stesse condizioni che ci presenta il distretto superiore d'un bacino generalmente ristretto, nel quale si sa che la distocia compare assai più presto che nel bacino ridotto semplicemente in un diametro.

Adunque è inesatto se non erroneo dire che l'ostacolo dipende dalla brevità del diametro inter-ischiatico. Infatti nel nostro caso mentre un feto a termine o quasi potrebbe passare attraverso al diametro interischiatico, vi si opporrebbe l'accorciamento del diametro autero-posteriore il quale da 90 mm., potrebbe raggiungere tutt'al più la cifra di 100 mm., quando si consideri il tanto che si guadagnerebbe per l'impegno della bozza occipitale sotto la sinfisi pubica.

Fig. 3.

Contorno dello stretto inferiore (grandezza naturale).

Da quanto ho esposto vengo alla conclusione che se una donna mi comparisse dinnanzi in queste condizioni a tempo io sarei d'avviso di procurarle prematuramente il parto onde salvare

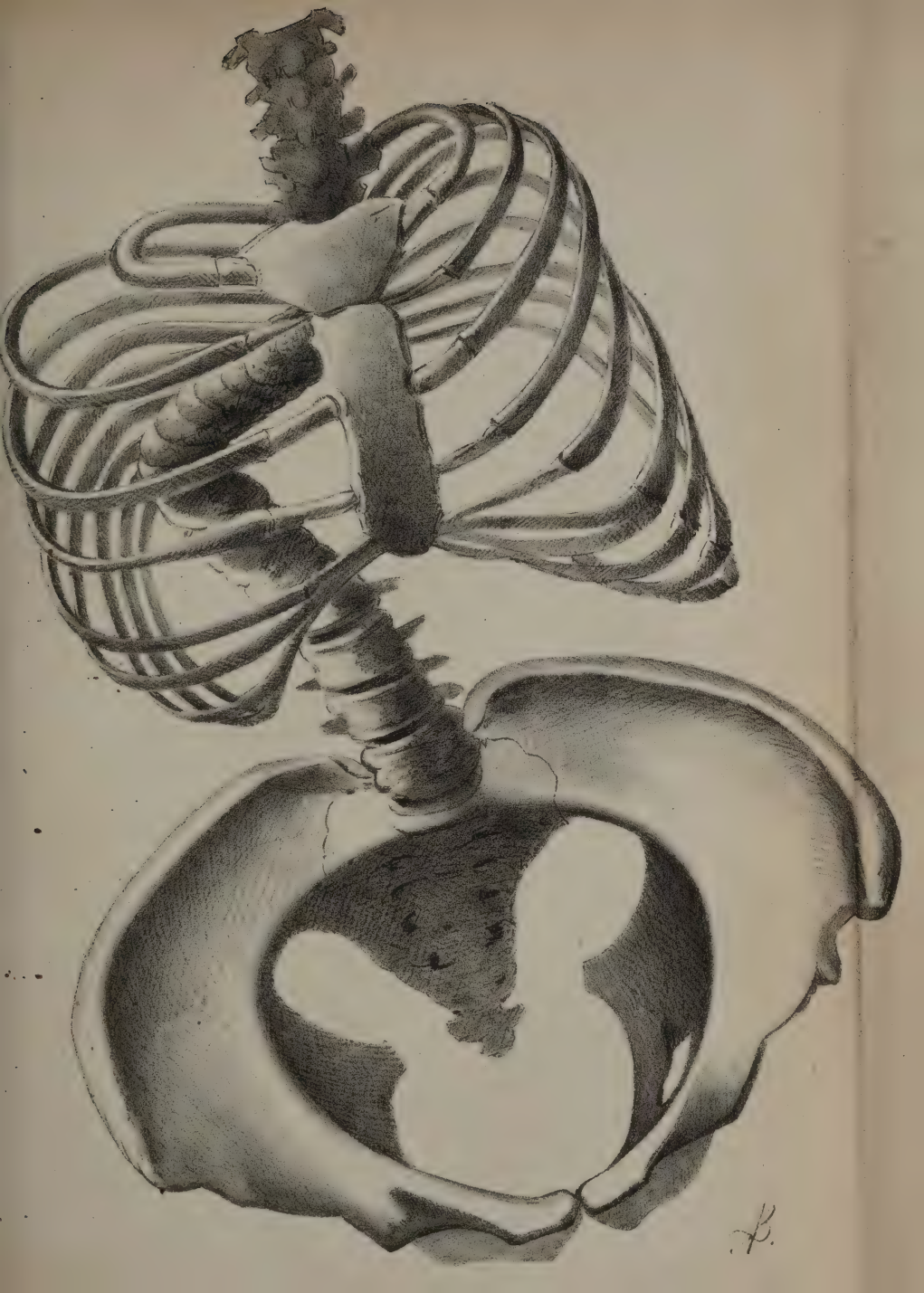
possibilmente le due esistenze. Ma se la gravidanza fosse a termine o se il travaglio fosse addirittura avviato, l'ostetrico si dovrà regolare a seconda delle circostanze. Stiamo sempre al caso concreto che ci occupa. Avremo intanto da risolvere la questione se sia più conveniente all'uopo il forcipe o il rivolgimento. Una delle controindicazioni al rivolgimento è che la presentazione sia innoltrata nello scavo. Dal decorso del parto nei bacini cifotici sappiamo che assai facilmente e assai presto la presentazione discende nello scavo e giunge senza ostacolo fino allo stretto inferiore.

Questa circostanza farà dunque pendere la bilancia dal lato del forcipe, tanto più che le branche dell'istrumento comprimendo il diametro trasverso della testa lo riducono già favorevolmente per poter passare attraverso al ristretto diametro interischiatico. Tuttavia può succedere che il diametro antero-posteriore faccia ostacolo all'uscita del capo fetale e che questo non venga estratto che dopo trazioni eccessive e micidiali pel feto, oppure dopo fatta la craniotomia. Allora soltanto in un parto successivo il pratico sarà autorizzato a tentare il rivolgimento, ma appena che le parti molli lo permettano. Il prof. Tibone nella pregevolissima sua memoria — forcipe e rivolgimento nelle ristrettezze pelviche — riguardo ai vizii che ci occupano ha le seguenti parole che io riporto come conclusione del mio dire:

« Accorciato il diametro retto dello scavo o quello del distretto inferiore di un pollice (27 mm) o poco meno, il rivolgimento, se più gravi considerazioni non lo vietano, merita la preferenza se la faccia è in posizione mento-posteriore o mento-trasversale perchè verrebbe arrestata dall'ostacolo pelvico o nel moto di rotazione o in quello di flessione, se si abbandona il parto alle forze naturali, ed il forcipe sarebbe quasi per certo o impossibile od inefficace ».

« Ristretto l'egresso della pelvi nel diametro trasverso con angustia dell'arco pubico nello stato attuale della scienza non si deve operare il rivolgimento podalico se un parto antecedente non venne terminato o con una micidiale applicazione di forcipe o colla craniotomia ».

Nel nostro caso tanto il diametro antero-posteriore che il trasverso sono angustiati e quindi sia l'applicazione di forcipe sia il rivolgimento sarebbero certo od impossibili o accompagnati dalla morte sicura del feto e da grande pericolo per la madre,


B.

onde sarebbe ad altre risorse che noi dovremmo pensare se ci trovassimo al letto d'una partoriente a termine di gravidanza e con un bacino di tal fatta.

Non dobbiamo scordarci che lo stretto inferiore della pelvi ha assai meno da perdere per diventare distocico che lo stretto superiore, onde spesso e forcipe e rivolgimento sono da rifiutarsi salendo presto il vizio al 2° grado, ed allora si eseguiranno quelle operazioni sul feto o sulla madre che o dallo stato della scienza e dell'arte saranno rese più accettabili, o che più facilmente saranno entrate nelle convinzioni di ogni pratico.

Osservo per ultimo che questo vizio pelvico può dar luogo ad una condizione di cose alcune volte molto seria, voglio dire all'antiversione dell'utero da rendere straordinariamente difficile e pericoloso il penetrare colla mano o con istrumenti nell'interno dell'utero per le vie naturali. In tal caso una fasciatura addominale compressiva potrà ricondurre l'utero in sito e rendere assai più accessibile la cavità uterina.

LA CURA LOCALE
DELLA SETTICEMIA PUERPERALE

OSSERVAZIONE RACCOLTA

dal Dott. PAOLO NEGRI

Secondo Assistente nella R. Scuola di Ostetricia in Milano
diretta dal Prof. Cav. **Domenico Chiara**

« Le sottrazioni sanguigne, i fomenti, le semplici injezioni va-
» ginali, la digitale, il calomelano, l'oppio, non colpiscono il mi-
» cidiale nemico. Esso si apposta nell'utero: ivi bisogna impe-
» dirgli di annidarsi, ivi bisogna rintracciarlo e domarlo quando
» vi abbia già posto la sua sede ». Queste parole colle quali il dott. Mangiagalli chiudeva il suo studio *Sul valore del metodo antisettico nella pratica ostetrica* pubblicato sul principio del 1878, trovarono, trovano e troveranno sempre piena adesione fra tutti i clinici che vogliano darsi la briga di osservare i fatti con animo spassionato.

Da quell'epoca fino ad oggi la profilassi antisettica nell'ostetricia ha fatto passi da gigante e s'è già messa sulla strada percorsa con tanto splendidi risultati dalla chirurgia. — I numerosi lavori dei dott. Cuzzi, Bergesio, Mangiagalli, e le saggie misure prese dai direttori di due delle principali cliniche italiane, i professori Chiara e Tibone persuasero i pratici che valeva meglio prevenire che reprimere.

Pure talvolta anche colla più attenta cura profilattica non si riesce ad esser sempre vincitori e per una serie di cause che qui non è opportuno raccogliere, può essere obbligato il clinico oltre che a prevenire anche a combattere. — Aggiungasi inoltre che in questo argomento le maternità hanno un triste privilegio.

Considerati questi stabilimenti dagli uni come la tomba delle giovani madri, da altri come luoghi affatto inutili e non compensanti le enormi spese necessarie, debbono poi esser sempre pronti ad accogliere i casi più gravi della pratica, a correggere, a rimediare e non infrequentemente a dover anche rispondere degli errori altrui. Ecco adunque che nelle maternità di tanto in tanto è portata una donna in cui l'infezione è già in corso ed in allora chi dirige la clinica doppio ha il compito: impedire cioè che tale donna non diventi causa di una epidemia, e tentare la cura della forma morbosa. Tal altra volta invece il clinico si trova di fronte ad un caso di antoinfezione. Il più grande progresso nella terapia del puerperio si ebbe solo quando demolita l'entità febbre puerperale si studiarono i differenti processi e si vide che tali processi altro non erano che quelli stessi studiati e descritti nella patologia chirurgica. Considerato l'utero e gli apparati confinanti come punto di partenza di tali morbosi accidenti era ben naturale che anche la profilassi e la terapia avessero di mira tale regione.

Di qui molte proposte ma tutte proponentesi la disinfezione locale. Uno dei mezzi più utili nella terapia puerperale sta nella disinfezione uterina mercè l'aiuto delle irrigazioni endouterine. Si proposero dapprima delle semplici lavature, più tardi delle irrigazioni prolungate, in questi ultimi tempi dalla Germania fu proposta ed attuata con buoni risultati la irrigazione permanente, e questa con doppio scopo: disinfettare dapprima la località, in secondo luogo portare un abbassamento generale nella temperatura, ciò ottenendo dall'uso di un liquido la cui temperatura fosse di molto inferiore a quella del corpo. E giacchè in questo stesso numero il dott. Bompiani di Roma si mostra tanto propenso all'irrigazione continua, mi affrettai aderendo all'invito del mio maestro il prof. Chiara, a pubblicare un caso in cui la cura locale ha dato splendido risultato, sebbene non si sia attuata la irrigazione permanente.

E giacchè i fatti meglio persuadono che non i lunghi ragionamenti, passo senz'altro all'esposizione del caso.

N. 224 del 1880. — È una giovinetta di anni 15 esposta di Milano che fu accolta il 2 settembre 1880 nel comparto gravide. È di buona costituzione e lo sviluppo scheletrico e muscolare è in armonia coll'età. Accolta prima dell'epoca regolamentare attese le sue speciali

condizioni, si sgrava soltanto il giorno 3 febbrajo 1881 alle ore 6 45 antimeridiane. Il feto si presentava col vertice in posizione OISA — la durata del travaglio complessivamente fu di ore 35 circa, di cui 5,30 dopo la rottura delle membrane e lo scolo del liquido amniotico, avvenuta quella a dilatazione completa della bocca uterina: nell'espulsione del capo fetale si produssero delle estese abrasioni alla faccia interna delle piccole labbra, e prima e dopo il secondamento s'ebbe discreto stillicidio sanguigno frenato con irrigazione di acqua calda. Il bambino venne alla luce vivente con tutti i caratteri del completo sviluppo: era lungo 50 centimetri e pesava gr. 3450 con un Biparietale di millimetri 87.

Riporto qui lo specchietto della curva termica osservata nel puerperio:

Febbraio	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
8 ant.	37.2	37	38	38.4	38.5	41.1	39.6	39	39	38.3
2 pom.	38.2	38	38.7	39.2	40.6	38.2	38.7	40.6	40.3	40.2
8 pom.	38	38.8	38.8	39.6	38.5	40.3	40	39.5	39.4	39.2

Febbraio	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
8 ant.	38.6	38.3	38.4	39.5	38.7	39	38.3	37.7	37.5	37.4
2 pom.	39.2	40	40.3	40.6	39.4	39.2	38.4	37.9	37.8	38.1
8 pom.	39	39	39.9	39.8	40	39.7	38.9	38.2	38.4	38.2

Febbraio	23	24	25	26	27	28
8 ant.	37.8	37.7	37.5	37.6	37.6	37.5
2 pom.	38.5	38.4	38.2	38.8	37.4	38.3
8 pom.	38.4	39.1	38.6	39.6	39	39.2

Marzo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8 ant.	37.5	37.1	37.1	37.1	37	36.8	37	37.7	36.8	36.9
2 pom.	38.2	37	37.6	37.2	37.1	36.9	37.3	37	36.8	37.8
8 pom.	39	38.2	38.6	38.7	38.6	38.7	38.7	38.7	38	37.7

Da questo giorno (36° di puerperio) fu sempre completamente apiretica.

In 3ª giornata di puerperio (5 febbrajo) la contusione ai genitali si presentava coperta da denso essudato difteroideo onde si cauterizzò subito con acido fenico puro. In 5ª giornata (7 febbrajo) alle 10 antimeridiane la giovane è colta da intenso brivido della durata di circa un'ora ed il termometro alle 2 pom. segnava 40,6. In 6ª giornata (8 febbrajo) alle 9 ant., è colta da brivido intenso della durata di

1 ora e la temperatura sale fino a gradi del centigrado 41,1, per scendere ai 38,6 alle 12 meridiane, a 38°,2 alle 2 pom., e risalire a 40,3 alle 8 pom. Il giorno 9 (7ª giornata) si pratica una irrigazione endouterina — il liquido impiegato fu una soluzione fenica acquosa al 2 % alla temperatura di circa 38° gradi — si impiegarono circa litri 10 di liquido. Il giorno successivo si ripetè eguale lavatura, anche questa volta impiegando circa 10 litri di acqua fenicata al 2 %. Due ore e mezzo dopo ebbe lievissimo brivido. Il giorno 11 si pratica una terza lavatura endouterina pure di 10 litri. A quest'epoca non si continua nelle irrigazioni endouterine attesa la grande involuzione dell'utero; la lochiazione che prima della cura locale era fetentissima, cambia quasi subito di natura e tale si mantiene per tutti i giorni successivi. — Non s'ebbe mai il più piccolo segno peritoneale, l'utero si mantenne sempre mobile — liberi i parametri: unici segni della lotta dell'organismo col virus infettivo, un considerevole ingrandimento della milza sia nel diametro verticale che in quello trasverso e tra il 12° ed il 19° giorno numerose scariche diarroiche (varie in numero da 5 a 6 nelle 24 ore).

La nutrizione generale era di molto scaduta. Il 9 marzo la bilancia segna chil. 46,900; il 15 chil. 47,500, il 28 marzo chil. 49. Il 29 marzo abbandona la clinica completamente ristabilita.

Poche parole basteranno dopo l'esposizione del caso. Nessun dubbio che in questo caso il processo infettivo debba ascriversi a quelli di auto-infezione — quali cause predisponenti potrebbero essere date: la soverchia lunghezza del periodo espulsivo del parto, le lesioni ai genitali esterni e la lieve emorragia. La diagnosi clinica locale potea limitarsi alla difterite vulvo-vaginale ed all'endometrite, ma gli imponenti fenomeni generali, i disturbi enterici ed il volume della milza di cui seguimmo il graduale ingrossamento ci fecero persuasi che il virus avea ormai inquinato l'intero organismo.

Il Bisolfato di chinina tentato 2 o 3 volte ci si mostrò questa volta affatto impotente: la cura fu dunque ridotta a questo solo: cauterizzazione con acido fenico delle lesioni vagino-vulvari, irrigazioni prolungate fenicate endouterine, amministrazione di vino marsala e vitto nutriente.

DECOLLAZIONE COLLA FUNE

Contributo al metodo operativo

del Prof. G. CALDERINI

Nel laboratorio dell'Istituto Ostetrico di Parma da due anni si sono eseguiti parecchi esperimenti *di decollazione collo sferzino*, i risultati furono soddisfacenti e di essi, come di quelli di altre operazioni ostetriche provate sperimentalmente, si tenne esatta registrazione. Fu nel praticare i detti esperimenti che mi venne l'idea di una applicazione semplice quanto utile della quale dirò poco più innanzi.

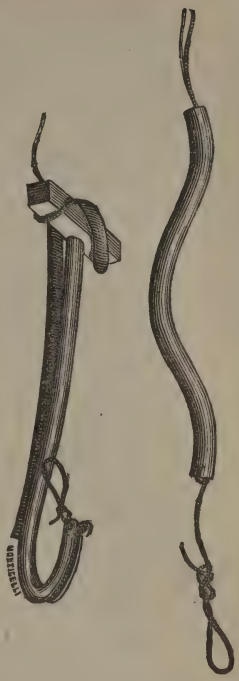
Le difficoltà della decollazione del feto colla segatura, quando la si pratichi in donna vivente, si riferiscono: al modo di portare la fune sul collo del feto; al modo di proteggere le parti materne della fune segante; alla qualità della fune, la quale deve segare e non rompersi.

È noto che per appianare le difficoltà della prima categoria si sono immaginati uncini di varie foggie o strumenti speciali. Pajot che è fautore della decollazione colla fune adotta ora, come mezzo di trasporto di questa, l'uncino decollatore a chiave di Braun, il quale per questo deve avere una intaccatura o fenditura all'apice, per trattenere il nodo della fune, ed un solco sul dorso, per accogliere il tratto di fune che deve adattarsi al medesimo.

Riguardo alla seconda categoria di difficoltà, ossia alla protezione delle parti materne si sono proposti: lo speculum, o valve, o canule speciali, ed io propongo un mezzo assai semplice e che reputo utile e che è il soggetto della presente nota. *Consiste nel far passare la fune, di un metro circa di lunghezza, attraverso un tubo di gomma, lungo circa mezzo metro e avente un diametro di mezzo centimetro; portati e il tubo e la fune sul collo del feto e*

messa la fune in azione, il tubo resta sezionato per un tratto soltanto, il rimanente protegge le parti materne nel miglior modo che si possa desiderare.

Ora scendo ai particolari. Un filo metallico sottile, un po' più lungo del tubo e ricurvo all'un de' capi a modo di u ncino stretto, serve a condurre la fune dentro il tubo stesso. Da un lato la fune deve sporgere circa 25 centim.; da questo lato conviene legare il tubo e la fune insieme; il che si ottiene o praticando, presso alla estremità del tubo, un forellino attraverso il quale si fa passare il capo della fune per farvi un nodo, ovvero legando il capo del tubo alla fune con un filo. Dopo che si è fatto questo si fa un nodo grossetto nella fune a distanza di quattro traversi di dita dalla estremità del tubo e in modo che comprenda il capo della fune, così che risulta, oltre al nodo, un occhiello, attraverso il quale possano passare due dita. Il nodo serve a fissare la fune alla fenditura dell'apice dell'uncino di Braun, il tratto di fune tra il nodo ed il capo del tubo si adatta al solco che è scavato, in senso longitudinale, sul dorso dell'uncino.



L'occhiello della fune servirà di presa per tirare in basso la fune ed il tubo, dopochè l'uncino sia stato portato sopra il collo del feto. Il rimanente di tubo e di fune che penderebbero giù, essendo più lunghi dello strumento, si fan girare a spira sul manico dello strumento; per tal modo resta meglio assicurata la fune nella fenditura e nel solco e la mano che afferra il manico dello strumeuto fa pur presa sul tubo, senza che questo costituisca un imbarazzo.

Portato l'uncino a posto, come praticasi per fare la decollazione coll'uncino medesimo, e uncinato l'occhiello della fune colle dita della mano-guida, si tira in giù la fune e con essa il capo interno del tubo e condottolo fuori, fino a trovarsi a livello dell'altro capo di tubo, si scioglie dal legame che ha colla fune, si fa all'altro capo di questa un occhiello analogo a quello già stato

fatto all' altra estremità e con dolce trazione si conducono i due occhielli a livello, a ciascuno si adatta un pezzo di legno e tosto si comincia a segare con lunghi tratti e con mòderata pressione. In principio il tubo seguita, sebben poco, il corso della fune, ma ben presto è sezionato e rimane quasi immobile, allora puossi, pure segando, portare i due tratti di fune da un lato o innanzi o indietro ovvero si possono incrociare, senza chè le parti materne restino menomamente offese, ed i due tratti di tubo che rimangono integri si avvicinano sempre più fra di loro trattivi dalla fune stessa. Finita la sezione tutto il semplice apparecchio vien via senza scosse e senza rumore.

Quando per avventura la fune si rompesse si può tentare di ricondurne altra dentro al tubo mediante il filo metallico del quale ho già fatto menzione; se non riesce si prepara altra fune col relativo tubo e legatala ad un capo del tubo che già sta sul collo dal feto, si fa servire questo di mezzo traente per condurre il nuovo apparecchio in sito. Si avrà l' avvertenza di ungere il tubo con vasellina o con altro grasso (1).

Rispetto all' ultima categoria di difficoltà inerenti alla qualità della fune ho esperimentato che lo *sferzino di Bologna* è bastante per effettuare la decollazione; si rompe invece nel fare la detroncazione. Nel praticare questa ho anche notato esser più difficile portare la fune attraverso al tronco e potersi prendere insieme anche le estremità del feto; per condurre il filo attraverso al tronco crederei molto utile la leva articolata del Verardini, la quale sgraziatamente costa assai più dell'uncino di Braun. La corda di Pajot è più grossa dello sferzino ed è rinforzata da un filo metallico sottile che si avvolge alla medesima con spire discretamente strette.

La decollazione e la detroncazione colla fune sono certamente operazioni meno pericolose di quelle eseguite cogli uncini ottusi od acuti o colle forbici embriotomiche o cogli embriotomi, credo perciò sia ben fatto di semplificarne sempre più il congegno per renderle di più facile applicazione ed alla portata di tutti.

Il piccolo contributo che io vi porto, per quanto modesto, lo

---

(1) Il grasso facilita l'applicazione del tubo, ma anche il muoversi del medesimo nei primi tratti di segatura. È bene, per evitare questo inconveniente, far uscire e rientrare la fune per due incisioni; praticate sopra un lato del tubo circa nella metà della lunghezza e distanti pressappoco quattro traversi di dita.

credo utile e mi venne suggerito dall'ostetricia sperimentale, che cominciai a coltivare dacchè sono in Parma, ma più metodicamente ed in modo più proficuo dopo aver visitato in Bologna il laboratorio di quel luminare dell' ostetricia italiana che fu G. B. Fabbri.

Non ho ancora applicato questo mezzo sulla donna, sebbene, dacchè mi venne in mente, abbia praticato due decollazioni, una nella policlinica ed una nell'istituto; in un caso e nell'altro, capitati entrambi all'improvviso, mi sovvenni troppo tardi che avrei potuto servirmene, feci invece l'operazione colle forbici embriotomiche e sì nell'uno che nell'altro caso l'esito fu favorevole.

Perchè non mi sfugga altra opportunità tengo ora in pronto l'apparecchio per il primo caso di decollazione. Ma spero che qualche mio collega vorrà provarlo prima.

SULLA QUESTIONE
dello insegnamento pratico della Ginecologia
E DELLA PEDIATRIA
in Italia

Tutti i miei Colleghi che si sono recati a studiare davvicino le Cliniche ostetriche estere, specialmente le tedesche, tornarono in paese ammirati dello sviluppo straordinario che in quelle ha lo insegnamento ginecologico accanto all'ostetrico, e della importanza data all'insegnamento clinico speciale della Pediatria. In generale poi sono tornati convinti della importanza dell'insegnamento clinico in genere, in confronto al teorico, quando quello sia fatto non tanto con abbondanza di considerazioni, quanto con grande copia di materiali.

Ognuno di noi è tornato col desiderio di fare, per amor di patria, nella propria cerchia il possibile perchè anche il nostro paese possa godere i vantaggi dell'insegnamento pratico della Ginecologia e della Pediatria.

Il materiale clinico non manca; donne e bambini malati ve ne hanno anche in Italia a dovizia, ma non poche difficoltà si sono sempre affacciate a tutti coloro che hanno tentato, di quando in quando, di mettere in campo la detta questione.

Le nostre Cliniche sono in generale impiantate negli Spedali o negli Ospizi, i quali, da tempo antico, esercitano la carità con fondi proprii ed indipendentemente dal governo e dal personale insegnante la medicina.

Non è il caso di ripetere qui gl'inconvenienti della distinzione che si fa presso noi fra la *Clinica* e l'*Ospedale*. Basta, per l'argomento che mi occupa, ch'io ripeta, fra i vari inconvenienti, questo: che non tutti gli ammalati sono ricoverati nelle Cliniche; lo quali perciò, in generale, difettano di ammalati, e questi non sono distribuiti nei vari Ospedali a seconda dei vari rami in cui si

divide la Medicina, e quindi a seconda della qualità della malattia ed alla Direzione medica degli Spedali, in generale sono preposti medici estranei all'insegnamento. Aggiungasi che nel nostro paese non è diffusa l'usanza dell'esercizio delle Specialità della Medicina, nè vi ha rispetto delle Specialità fra i medici stessi, e non sempre, e questo si stenta ad intendere, fra gli stessi Colleghi delle Facoltà.

Ne viene che le Cliniche ostetriche, ad esempio, o sono impiantate in un angolo di un Ospizio di Maternità, o dispongono solo della Sezione delle donne nubili, o solo di quella delle maritate, e non rade volte il personale della Clinica cessa dal suo ufficio al chiudersi dell'anno scolastico.

Nella pratica tutti i medici e chirurghi sono ostetrici, ed in quelle Università in cui il Professore di ostetricia non è del paese, egli è richiesto quando non si può farne a meno.

Ciò non ostante, in Italia l'Ostetricia si insegna da lungo tempo come ramo speciale, e tra gli insegnanti vi erano già in passato rappresentanti illustri.

Ma la Ginecologia e la Pediatria non sono praticamente insegnate nella maggior parte delle Università italiane, quantunque nelle Cliniche chirurgiche e nelle Cliniche mediche si accolgano casi dell'una e dell'altra specialità e vi siano qua e colà Ospizi di Esposti annessi alle Cliniche ostetriche ed in qualche grande Ospedale vi siano Sezioni per le malattie delle donne e altre per le malattie dei bambini, ed in alcune Università vi siano liberi docenti di Ginecologia e di Pediatria costretti, per la maggior parte, a fare un insegnamento puramente teorico.

Non siamo però lontani da un cambiamento in meglio a questo riguardo, poichè oggidì i progressi di qualsivoglia disciplina, in qualunque parte siano maturati, si diffondono necessariamente, più o meno presto, in tutte le Nazioni civili; ed ho ferma fiducia che anche in Italia sarà dato agli ostetrici di insegnare clinicamente la Ginecologia, e sarà istituito l'insegnamento della Pediatria.

Un pio desiderio, per l'attuazione di questo insegnamento, esisteva nel nostro paese già da tempo, dappoichè gli insegnanti di Ostetricia si nominavano col titolo di « professori di Ostetricia e Clinica ostetrica e dottrina delle malattie delle donne e dei bambini, » ma in generale quella dottrina rimase tutta nel titolo, o rimase semplice dottrina che non produsse alcun frutto, perchè

ormai nessuno più dubita che la Medicina è un'arte nobilissima più che una scienza, ed è tutta fondata sulle osservazioni e l'esperienza, e deve perciò essere insegnata praticamente.

Tentò, non è molto, un Ministro dell'istruzione pubblica, di introdurre nei Regolamenti universitarii l'obbligo dello insegnamento clinico della Ginecologia e dell'esame clinico corrispondente, ed il concorso per la cattedra di Ostetricia dell'Università di Pavia fu dato mentre erano vigenti quei Regolamenti; ed il docente che fu nominato col titolo di professore di Ostetricia e di Ginecologia, inspirandosi ai progressi di quest'ultima Specialità, ne fece un'applicazione così ardita all'Ostetricia, che gli valse l'onore per esso e per l'Italia, che gli stranieri battezzassero col suo nome l'operazione stessa tosto ripetuta in tutte le nazioni più civili.

Ma i Regolamenti ben presto furono modificati, e da essi fu radiato l'insegnamento della Ginecologia, ed io che aveva preso parte al concorso di Pavia, e che n'ero tornato col vivo desiderio di addentrarmi sempre più nello studio importantissimo della Ginecologia e di introdurne l'insegnamento clinico nella Università di Parma, pel quale scopo ottenni dal Ministro un sussidio in danaro, non potei farne nulla, oltrecchè per altre difficoltà sorte, per essere stato tolto l'obbligo dell'insegnamento non appena era stato messo fuori.

Quali considerazioni hanno consigliata la radiazione di una innovazione tanto importante, non è qui il caso di indagare.

Ciò che importa constatare, gli è che gli ostetrici italiani si sono dati di fatto, e più di prima, e con buon successo, alla pratica della Ginecologia. Peró ostetrici distintissimi debbono ancora eseguire le operazioni ginecologiche fuori delle Cliniche e degli Ospizi, non consentendo generalmente gli Istituti in cui le Cliniche ostetriche sono stabilite, l'ammissione delle donne malate quando esse non siano incinte. D'altro lato l'Autorità superiore dell'istruzione pubblica non obbliga a questo insegnamento, ed i sussidi che il Governo dà per studi di perfezionamento all'estero, finora non hanno prodotto quei frutti che si aspettavano in riguardo a questa Specialità, perchè i sussidiati, una volta tornati in patria, non trovano modo di diffondere le cognizioni acquistate, il che accade anche a coloro che si recano all'estero a proprie spese per amore di conoscere e studiare davvicino i progressi della propria disciplina senza disconoscere per ciò solo quel tanto di buono che già esiste nel proprio paese.

I nostri insegnamenti clinici e quello di Ostetricia e Ginecologia in particolare, non possono migliorarsi se non col concorso dei seguenti fattori: 1° iniziativa degli insegnanti; 2° appoggio del Governo; 3° concessioni delle Amministrazioni spedaliere; 4° aiuto dei Consorzi universitarii.

Riguardo al primo fattore, ho già detto come si vada sempre più manifestando fra i colleghi della penisola il desiderio di annettere all'insegnamento di Ostetricia quello della Ginecologia. Quanto al secondo, si aspetta che al primo modificarsi di Regolamenti per la Facoltà medica, torni a galla l'obbligo dell'insegnamento della Ginecologia e dell'esame relativo, e che il Governo conceda agli Istituti ostetrici assegni e personale adeguati. Quanto alle concessioni delle Amministrazioni spedaliere, fortunatamente vi sono già esempi lodevoli a Napoli, a Roma, a Firenze, a Modena, a Parma. Bologna e Torino, che danno l'esempio all'Italia del modo con cui si possono e si debbono provvedere le Cliniche per condurle a livello di quelle delle Nazioni civili, sono certo, non dimenticheranno i miglioramenti materiali della Clinica ostetrica e l'insegnamento pratico della Ginecologia e della Pediatria.

Quanto ai Consorzi universitarii in quelle città in cui sono istituiti, essi dovrebbero, per riguardo allo insegnamento medico, destinare i fondi precipuamente allo scopo di rendere dimostrativi gli insegnamenti e di provvedere le Cliniche chirurgiche e mediche secondo le esigenze dei tempi, ed infine di istituire quelle Cliniche speciali che fino ad ora non sono state fatte, e fra le altre, quelle di Ginecologia e di Pediatria, essendochè tutti possono intendere facilmente la grande importanza dello studio delle malattie delle donne e dei bambini, due esseri che hanno così larga parte nell'avvenire delle Nazioni, sotto a qualsivoglia aspetto vengano considerati.

E poichè ho accennato a Parma, mi sia permesso ricordare, ad imitabile esempio, le concessioni che mi vennero fatte dall'Amministrazione degli Ospizi civili e dal Consorzio universitario, il quale già istituì coi propri fondi l'insegnamento clinico della Sifilodermopatia.

Già fin dall'anno 1872 la detta Amministrazione, accogliendo le proposte del mio egregio predecessore, il prof. Chiara, lasciò fondarsi l'Istituto ostetrico annesso all'Ospizio di Maternità, il quale, a sua volta, comprende l'Ospizio degli Esposti lattanti, quello con poco più di cento *parti* all'anno, questo con un movimento di

oltre quattrocento bambini. La Direzione medica ne è affidata al professore di Ostetricia direttore dell'Istituto, con dipendenza amministrativa, per ciò che riflette l'Ospizio, dall'Amministrazione centrale degli Ospizi civili.

Ora in seguito ad un sussidio avuto dal Consorzio universitario, invero ancora un po' limitato e per la somma e per la destinazione, io ottenni dall'Amministrazione suddetta non solo l'ammissione anche delle *incinte maritate* affine di aumentare il numero dei parti, nel tempo stesso che si fa opera caritatevole, non certo minore di quella che si fa accogliendo le *incinte clandestine* — ma anche la permissione di accogliere casi di *Ginecologia* e di *Pediatria*, dietro pagamento di una retta giornaliera per ogni individuo ammesso.

In base a queste concessioni, con un po' più di aiuto da parte del Consorzio universitario, e con qualche aiuto da parte del Governo, se difficoltà non sorgono di quelle che non mancano mai per rallentare o ritardare, se non per impedire l'attuazione di istituzioni anche buone, potrebbe ora aversi in questa Università l'insegnamento clinico di Ginecologia e di Pediatria accanto a quello dell'Ostetricia; il quale ultimo dispone già di buon materiale, e ne disporrebbe in maggior copia quando l'Amministrazione degli Ospizi civili accordasse l'ammissione all'Istituto ostetrico delle gravide ammalate che cercassero di riparare all'Ospedale civile (fatta eccezione, s'intende, delle malattie contagiose).

La liberalità usata all'Istituto ostetrico insino a quì dalla lodata Amministrazione, lascia sperare che anche questa concessione possa venir fatta, tanto più perchè alla Direzione medica degli Spedali evvi una persona che gode alta stima e come sanitario e come insegnante nella Facoltà medica, al cui bene avvenire può, per la sua posizione, contribuire potentemente.

Frattanto nell'Istituto ostetrico, ben situato, reso sempre più igienico e sempre più migliorato dall'Amministrazione degli Ospizi civili, si potè anche aprire una Policlinica di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria, la quale, tra le altre cose, assicura a chi la frequenta l'assistenza ostetrica nei casi di necessario soccorso dell'arte, sia nell'Istituto, sia a domicilio Beneficio non indifferente in una città nella quale, quantunque vi siano servizi sanitari di beneficenza, per la numerosa classe povera non vi è servizio speciale ostetrico, ed accadono, di quando in quando, contingenze ostetriche degne di maggior considerazione da parte degli Ammi-

nistratori di Opere Pie e dei filantropi della classe bisognosa; contingenze nelle quali richiesto, il personale sanitario dell' Istituto ostetrico, non negò mai l'opera sua caritatevole.

Quanto le concessioni fatte a vantaggio dell'Istituto ostetrico a seconda delle odierne esigenze dell' insegnamento abbiano avvantaggiato anzichè danneggiato lo scopo caritativo dell'Ospizio cui è annesso, risulta da questo, che nell'anno testè decorso, la mortalità delle puerpere è scesa a 0.86 per cento, dal 12.63 che toccò in uno degli anni andati; la mortalità dei bambini lattanti è scesa straordinariamente tanto fuori quanto dentro l'Ospizio, qui fino all'11.8 per cento dal 39.81 che fu negli anni andati. La Sezione di Ginecologia è già alimentata da persone che chiedono d'essere accolte pagando la diaria del proprio, e si inaugurò con una operazione di perineoplastica completamente riuscita. La Sezione di Pediatria è finora alimentata dai soli bambini esposti, i quali sono ammessi fino al quarto anno di età. E la Sezione di Policlinica fu inaugurata con una cefalotomia e cranioclastia in un caso e con un rivolgimento ed un'estrazione in altro caso, operazioni eseguite ambedue a domicilio con pieno successo. E la Sezione delle donne maritate, oltre a parecchi casi di parto normale, accolse già un caso di decollazione per presentazione di spalla e feto incarcerato da tetano dell'utero, avvenuto per amministrazione incongrua a domicilio della segale cornuta. L'operazione fu presenziata dagli studenti, che da parecchi anni non avevano mai avuto l'occasione di vederla eseguita sulla vivente, e la donna, entrata in Clinica già malata, stette malata nell'Istituto fino al ventesimo giorno di puerperio, poi fu trasferita all'Ospedale civile di molto migliorata.

La stessa operazione, eseguita a domicilio in questa stagione e senza la possibilità delle precauzioni antisettiche e nelle condizioni create da un errore di pratica, avrebbe avuto di certo un esito infausto.

Non ultimo beneficio che l'Istituto arreca alla città ed alla Provincia, è questo: che in esso si raccoglie il fluido vaccinico con scrupolosa attenzione, e si dà graziosamente al Vice-Conservatore del vaccino, che poi lo distribuisce ai medici vaccinatori della Città e della Provincia.

Mi sia perdonata la digressione intorno all'Istituto ed alla città in cui vivo da circa nove anni, e torno all'argomento rivolgen-

domi, a modo di conclusione, anzitutto ai miei Colleghi perchè insistano presso le Amministrazioni locali e presso i Consorzi universitarii per ottenere concessioni che siano in armonia colle esigenze dell'odierno insegnamento medico e dell'esercizio della vera carità a vantaggio dei malati, la quale indubbiamente si fa meglio negli Spedali ben diretti e ben provveduti che nelle case del povero, per quanto danaro in esse si diffonda in minime frazioni. Rivolgendomi poi al Ministro dell'istruzione pubblica faccio voti perchè colla sua competenza sugli studi medici risolva la questione dell'insegnamento clinico della Ginecologia e della Pediatria, per quanto spetta al Governo, e cioè rendendo obbligatorio l'insegnamento stesso e venendo in aiuto con mezzi adeguati e deferendo l'insegnamento, specialmente della Ginecologia, ai professori di Ostetricia per l'intimo legame che unisce queste due specialità le quali si propongono lo studio e la cura delle sofferenze cui va soggetta la donna per rispondere al mandato importante avuto da natura.

Parma, febbrajo 1881.

Prof. G. Calderini.

RASSEGNA

De-Cristoforis, — *Le malattie della donna.* Trattato clinico. Milano, 1881, Fratelli Dumolard.

Condensare in poche pagine quanto di essenziale ed importante si trova in un trattato facendone la rivista bibliografica, è cosa assai difficile, massime se il trattato è voluminoso, e se la materia che svolge abbraccia numerosi argomenti scientifici ancora in via di sviluppo: tale essendo appunto il libro che il De-Cristoforis ha reso di pubblica ragione sulla ginecologia, io mi contenterò di accennare sommariamente agli argomenti svolti, al modo con cui venne condotto il piano intero dell'opera, indicando quei capitoli che mi parvero più interessanti o per le cose nuove ed originali che in essi si trovano, o per la diligenza e l'accuratezza maggiore dedicatavi dall'A. nella loro redazione.

Il libro del De-Cristoforis forma un grosso volume di 700 pagine con 55 nitide figure intercalate nel testo. In esso, dopo di aver preso le mosse accennando al bisogno che ha il ginecologo di sode cognizioni di Medicina ostetrica, e dopo di aver dimostrato l'influenza che le malattie localizzate alla sfera uterina possono esercitare su organi lontani, l'A. viene ad esporre le norme generali per l'esame ginecologico col parlare della palpazione addominale, dell'esame collo speculum, colla sonda, col dito (esplorazione digito-vaginale e rettale semplice e combinata), dell'esame della cavità del corpo dell'utero, premessa la dilatazione del collo colla laminaria, colla spugna, colla nyssa, col dilatatore di Greenalgh, ecc., ed insiste a buon diritto sulla necessità per il ginecologo di ricordarsi di essere anche medico e fare un'analisi accurata del modo di essere di tutta l'economia della sua ammalata. Dedica un capitolo alla stipsi, che per la sua importanza e per il modo di comportarsi egli considera non come sintomo, ma

come malattia speciale della donna sofferente d'utero. Ne descrive due forme principali, la spasmodica e la paralitica, a seconda della maniera con cui si estrinseca. Tenendosi sempre sulle generali, dedica vari capitoli alla esposizione di alcuni sintomi razionali comuni a molte affezioni uterine (sensazioni dolorose, prurito, colica mestruale, mestruazione e suoi disordini in rapporto con malattie lontane dalla sfera genitale, tensione mammaria, fenomeni del tubo digerente e vescicali, ecc.). Preparatosi in tal modo il terreno, viene ad intraprendere lo studio delle affezioni flogistiche dell'utero, cui dedica più di cento pagine del suo libro, nelle quali parla della endometrite acuta e cronica, della metrite subinvolutiva, della metrite parenchimatosa del corpo e del collo uterino, e chiude la trattazione di questo argomento coll'esporre in un capitolo, il XII, quanto riguarda i polipi mucosi e le vegetazioni polipoidi, di cui studia la natura istologica, la sede, la diagnosi e la cura. Capitoli importanti sono quelli nei quali sono studiati i tumori fibrosi e fibrocistici, la istologia, la evoluzione progressiva e regressiva, la divisione a seconda della sede e della forma, la loro influenza sulla vescica, sul retto, sull'utero, sulla fecondazione, sulla gravidanza, sul parto, sul puerperio; l'esame diagnostico e specialmente la cura, tutto vi è esposto in modo accurato. La descrizione dell'ipertrofia longitudinale del segmento sopra-vaginale ed infra vaginale del collo uterino, la stenosi e l'atrofia del canale cervicale precedono lo studio degli spostamenti e delle flessioni dell'utero. Le affezioni delle ovaie chiudono il libro, ma prima di venire a svolgerle, l'A. fa la esposizione di quanto riguarda il cancro uterino ed espone due argomenti di ginecologia operativa di grande attualità (Cap. XIX), cioè la isterotomia sopravaginale alla Péan, e la isterectomia addominale alla Freund-Kochs. Riguardo alle malattie delle ovaie, l'A. descrive rapidamente l'ovarite per fare una lunga narrazione di quanto spetta alle neoformazioni di questi organi, e finisce colla esposizione della operazione del Battey, o castrazione della donna (Cap. XXII) o ovariotomia normale.

In tal modo io ho accennato di volo alle parti della ginecologia che vennero dal nostro autore prese in considerazione nel suo libro, che non può essere considerato come un trattato *completo* sulla materia. Difatti, se confrontiamo questo lavoro del De-Cristoforis con qualche trattato di ginecologia che vide di recente la luce, ad esempio quello dello Schröder o del De-Sinety, noi vediamo in esso delle lacune. Così sono affatto mancanti le malattie della vulva e della vagina, non vi si trova alcun capitolo per la perimetrite e l'ematocele uterino, ed i

vizi di conformazione, anche di quelle sole parti del canale genitale che egli ha studiato, non sono punto svolte Io mi sono spiegato queste lacune considerando il titolo del libro; il De-Cristoforis lo ha chiamato *trattato clinico.* Ciò lo ravvicina molto a quelle pubblicazioni che si vedono di tanto in tanto uscire sotto forma di lezioni cliniche, come ad esempio, per parlarne di una recente, quelle del Duncan, che vennero voltate in italiano dal dott. Camusso In siffatte pubblicazioni, l'A. gode di grande libertà tanto nella scelta degli argomenti che nella forma; può dare maggior sviluppo a questa piuttosto che a quella parte, e può intercalare nella esposizione numerose storie cliniche a dimostrazione di quanto viene esponendo. E questo ha fatto appunto il nostro A. nel suo trattato, nel quale non manca la narrazione di fatti clinici veramente interessanti.

Sicuramente anche in ordine agli argomenti esposti, la critica potrebbe trovare qualche punto che si presenta un po' debole e sul quale la discussione potrebbe impegnarsi; ma su ciò non è nell'indole di questa rivista portare l'attenzione. È giusto d'altra parte il riconoscere che il libro che il De-Cristoforis ha dato alla luce, non sia un lavoro di semplice compilazione, ma come in esso appaia la personalità clinica dell'autore. Mi sia lecito toccare rapidamente qualche punto a dimostrazione del mio asserto. L'articolo sulla stipsi, per la maniera con cui venne svolto e per avergli dedicato un capitolo apposito, si attira per il primo l'attenzione del lettore in modo speciale. Ho già detto che il De-Cristoforis considera la stipsi come una vera malattia della donna, che si ordisce a poco a poco sotto l'influenza di cause molteplici, e che poi si estrinseca sotto la forma spasmodica o paralitica. Curiose ed interessanti sono le storie cliniche che confortano il modo di vedere dell'A. su questo argomento che sviluppa in maniera completa studiandolo dal punto di vista della patogenesi e della cura. Nel lungo studio sulle metriti, la endometrite cronica è svolta con attenzione, massime per ciò che riguarda la cura, nella quale viene fatta una larga parte al iodoformio, dall'A. esperimentato con successo. Pari all'importanza clinica dell'argomento è lo studio dedicato ai tumori fibrosi dell'utero: in tale capitolo sono tenuti nel debito conto i lavori italiani del Morisani, del Rizzoli, e il lettore vi trova anche la descrizione di un processo speciale di cura del mioma uterino mediante le *incisioni multiple* dall'A. ideato ed applicato e da altri confermato. Importante mi parve parimenti il capitolo sugli spostamenti e flessioni uterine, dove si trova descritto un metodo speciale di raddrizzamento dell'utero dall'A. proposto. Parimenti accurato

è lo studio delle neoformazioni ovariche, e la loro cura operativa. Inoltre fu buona cosa il darci la esposizione dogmatica della castrazione nella donna e la esportazione completa dell'utero canceroso. Si comprende come quest'ultima non possa essere oggidì, pochi mesi dopo che l'A. ne scriveva il capitolo, completa, perchè trattandosi di atto operativo in via di studio, le idee su di essa si sono già modificate; ma pur tuttavia il lettore vi troverà delle ricerche originali sui rapporti anatomici dell'arteria uterina, ed una chiara esposizione del processo del Freund e della modificazione ad esso apportata dal Kochs.

Basteranno, credo, queste brevi considerazioni per dare al lettore un'idea del libro del De-Cristoforis, della materia trattata e del modo con cui venne svolta. Sonvi però altri motivi che ci consigliano di fare buon viso alla pubblicazione del ginecologo milanese, già da lungo tempo conosciuto dagli specialisti per le sue pubblicazioni e per la sua iniziativa nel campo ginecologico operatorio. L'A. ci dice che questo trattato è il frutto dello studio assiduo, quasi senza interruzione continuato per più di venti anni, studio che sicuramente dovrebbe essere fruttuoso, perchè fatto da un uomo che i posti occupati e la clientela privata misero nella possibilità di raccogliere ed ordinare fatti clinici numerosi, di formarsi un concetto personale su quanto venne da altri proposto e commendato, di attuare pensamenti propri. D'altra parte è questo il primo libro che appare in Italia sulla ginecologia come lavoro complesso, abbracciante quasi tutta la specialità: non vi ha dubbio che il medesimo debba esercitare una benefica influenza e suonare come incoraggiamento nell'applicazione di questi studi.

Cuzzi.

Rendiconto Sanitario del Baliatico degli Esposti di Bologna pel decennio 1869-78 del Dott. Cesare Belluzzi, Medico Chirurgo Primario della Maternità e del Baliatico suddetto (Dal *Bollettino delle Scienze Mediche di Bologna,* Serie VI, Vol. V).

L'operoso e dotto Prof. Belluzzi pubblicando il Rendiconto sanitario del Baliatico e degli Esposti di Bologna pel decennio su ricordato fece utilissima cosa. Pagato un tributo di dovuti elogi al defunto Dott. Pilla

e mestamente ricordata la pregevole e cara amicizia che lo legava al medesimo, dato a ciascuno de' suoi predecessori che alla stessa opera attesero con diligenza il giusto omaggio d'un pensiero gentile, l'egregio e distinto Professore riassume in alcuni prospetti per ordine e precisione lodevolissimi, le malattie osservate in un decennio. Queste sono distribuite per ciascun anno in due colonne, la prima delle quali è pei bambini esposti ammessi la prima volta, quella che segue, per gli altri che furono ricondotti all'Ospizio: ciascuna colonna poi è suddivisa in altre due più piccole, dove sono indicate le guarigioni e le morti. Una colonna all'estremità destra della pagina dice il totale di ciascun genere di malattia curata nel decennio, ed in fondo alla pagina stessa è il totale dei guariti e dei morti in ogni anno. In complesso i bambini accolti nel decennio ammontarono a 5930; di questi, 26 (15 dei quali infermi) spettavano all'anno 1868 e si trovavano sempre nell'ospizio l'ultimo dicembre dell'anno stesso. Le malattie furono 1675; i morti 972. Ritornarono dei già usciti 759 bambini malati; morirono di questi 374: non tutti i ritornati infermi appartenevano al decennio in esame.

L'A. adottò per le cause di morte la classazione della Commissione della Giunta Centrale di Statistica del Regno, introducendo alcuni cambiamenti per l'ordine delle malattie; lasciò nei prospetti alcuni gruppi per difetto di materiale. Fermò l'attenzione e fe' soggetto di studio alcune delle malattie più importanti.

Più frequenti di altri resultarono in quei prospetti i seguenti stati morbosi Immaturità e debolezza congenita (583), sifilide congenita (casi 183), congiuntivite (162), sclerema (160), gastro-enterite (154), bronchite (134), eritema (108), pneumonite (84), marasmo (67), diarrea (61), ecc. Sono interessantissimi due casi di vizio cardiaco e conseguente cianosi, ambedue corredati dal reperto necroscopico raccolto dall'Illustrissimo Prof. Taruffi. In uno la vita non durò più d'un giorno; nell'altro invece si protrasse per sette mesi. Nel primo bambino del quale è riportato il disegno dell'aorta e della polmonare, fu notato che « l'arco aortico dopo aver fornita la succlavia sinistra si restringeva in un breve canale che andava a sboccare nel condotto arterioso dilatato La polmonare, dopo la sua origine del ventricolo destro forniva al solito le due branche polmonari poscia si restringeva alquanto e sormontava parimente il bronco destro, formando un arco al lato esterno dell'aorta. Tale arco giunto posteriormente riceveva lo sbocco già annunziato dell'aorta e si continuava direttamente con l'aorta discendente. » Nel secondo (una bambina) — « la valvula del foro ovale

era saldata, però vedevansi in essa tre aperture piccole; l'orifizio aortico dilatato usciva in massima parte dal ventricolo destro e per un piccolissimo segmento dal sinistro; le valvule semi-lunari della polmonare fuse insieme, le sue pareti sottili e flosce. Eravi commescolamento del sangue venoso con l'arterioso non solo fra le orecchiette, ma anche fra i ventricoli. »

Una *deformità congenita dell'orecchio* è corredata anch'essa di osservazioni anatomiche fatte dal Dott. Rossi e per le quali risulta che con la mancanza constatata all'esterno del condotto auditivo, il padiglione dell'orecchio appena accennato, non si trova nelle ossa temporali di quel lato stesso il foro auditivo, la cavità del timpano è molto ristretta, il martello privo del manico e la staffa divisa longitudinalmente.

Nella Maternità di Pisa io vidi l'anno scorso una consimile deformità in un neonato in cui però oltre che il padiglione dell'orecchio integro e normale si aveva innanzi a questo una specie di tubercoletto carnoso e fra esso ed il padiglione una leggerissima depressione a fondo cieco in sostituzione del condotto auditivo.

È riportata poi dall'egregio Prof. Belluzzi la storia notevolissima d'un neonato cui mancavano una porzione di sterno ed una buona parte di coste: per il che negli atti respiratori alternativamente muovevansi ora in fuori ora in dentro le parti molli sovrapposte e si facevano perfino manifeste le oscillazioni dell'orecchietta destra, del cuore. Il bambino morì per sifilide. Una anomalia consimile è citata dal Milne Edwars ed altra analoga dall'Holmes.

Nell'Ospizio furono felicemente operati con l'escisione e colla legatura otto bambini affetti da teleangiectasie. Non fu operata una bambina per la grande estensione del tumore e per circostanze che la sottraevano alla possibilità ed utilità d'un'operazione: altra bambina perì d'enterite prima di essere sottoposta alla cura. Sei guarirono.

Raccomanda l'A. di non tardare appena riconosciuta la malattia ad intraprenderne la cura, chè per soverchio aspettare si può rendere difficile e inattuabile. Il termocauterio rende servigi grandissimi e conta parecchi successi. Vedansi a questo proposito l'accennate osservazioni pratiche del Dott. Pinolini Francesco (*Annali d'Ostetricia*, Milano 1881, fasc. I). Io ho trattata qualche macchia vascolare o neovascolare con l'iniezione di cloralio e mi è noto un bellissimo caso di vasta teleangiectasia del braccio ed avambraccio in un bambino nel quale si ottenne dall'ottimo mio amico Dott. A. Paci la guarigione con la puntura galvanica e l'idrato di cloralio per iniezioni.

Il ragguardevole numero dei bambini nati immaturi o con debolezza congenita e la loro facile morte induce l'A. a consigliare un più lungo trattenimento di questi bambini nell'Ospizio, perchè dati fuori a balia ne muoiono moltissimi.

A riguardo del filetto breve o scilinguagnolo, l'A. energicamente riprova il barbaro e difettoso metodo che hanno alcune levatrici di tagliarlo con l'unghia. So di due fatti d'emorragia grave ed imponente conseguita a male appropriato trattamento curativo di questa affezione.

Dei seguenti capitoli alcuni trattano del tumore siero-sanguigno, tumore di parto, *caput succedaneum* dei neonati e del cefalo-ematoma; a proposito del quale ultimo l'A. ricorda le diverse teorie finora da varii autori sostenute, e non lascia di avvertire che riserberebbe più volontieri, perchè pargli che più si addica, il nome di cefalo-ematoma al tumore sanguigno sotto-periosteo.

Segue un paragrafo sull'emorragia funicolare dove giustamente si nota che piuttosto di legarlo male varrebbe meglio non legare affatto il funicolo. Oggigiorno si sono suggerite modificazioni speciali per questa legatura.

Se ne occuparono con particolare studio e profitto il Prof. Budin, Tarnier e il Prof. Giordano. La generalità delle proposte tende a sostituire il caoutchouc e la gomma elastica al filo di refe usato fin qui.

Sulla sifilide, malattia che infierì grandemente nei bambini del Baliatico di Bologna l'egregio Prof. Belluzzi ci dà alcune notizie importanti. Nei bambini affetti da manifestazioni sifilitiche della bocca non si ebbero gli indurimenti alle glandule sotto-mascellari come facilmente avviene negli adulti, e fece pure quasi sempre difetto la salivazione che suole conseguire alla cura mercuriale protratta.

Dominò poco la difterite. I dieci casi che si presentarono non si dovevano certamente al latte di vaccina affetta da ingorghi alle mammelle; quando anche fosse provata l'asserzione del Murchison, in tutt'altro luogo che nell'Ospizio di Bologna potrebbe ricevere una conferma, provvedendosi qui alla scelta delle vaccine in un modo da non dar ragione al minimo dubbio sulla sana condizione di esse. — Dovendo allattare artificialmente i bambini o per mancanza di nutrici sifilitiche quando in quelli esiste una tal malattia o per altre ragioni, si ricorre qui al latte di vaccina allungato con acqua seconda di calce e se produce diarrea vi si mescola un cucchiaio di panna ogni 150 grm. di latte allungato. In più di 200 casi di difterite che io ebbi a curare nell'occasione di due epidemie in due luoghi diversi, mi diè buoni

resultati il solfofenato di china per uso interno, unitamente all'acido lattico in soluzione acquosa concentrata, per pennellature sulla località affetta.

La pilocarpina che il Demme aveva già con vantaggio usata per la via ipodermica contro le infiammazioni desquammative dei reni, parenchimatose con idropisia e derivanti da scarlattina, *difterite*, ecc., è oggi vantata per uno dei più potenti specifici contro l'angina difterica; auguriamoci che ogni giorno sempre più si raffermi la sua benefica virtù curativa.

Sulla rachitide il dotto ostetrico di Bologna ha un capitolo nel quale è dimostrato evidentemente utile il consiglio che ei dà di una vigilanza da esercitarsi all'insaputa sulle balie nelle campagne e sui bambini ad esse affidati e di qualche visita ai medesimi da farsi da persone adatte al caso.

Vi fu un numero grandissimo di affezioni flogistiche del polmone e dei bronchi nei bambini dell'Ospizio. La pneumonite lobulare fu la forma che si osserva più frequentemente.

È illustrato con molto dettaglio e buona messe di utili cognizioni anche il capitolo sulla mastite dei neonati e l'ascesso latteo; nella bibliografia si fa una giusta parte agli scrittori italiani che si occuparono con profitto della pediatria per questa ormai ben definita affezione, la quale Belluzzi vide più facile nei bambini robusti. — Sul flemmone ombellicale avverte l'A. che la sifilide n'è causa notissima e comune; si possono avere consociate o da sole la flebite e l'arterite e con quest'ultima, pioemia come se ne verificò un caso nell'Ospizio.

Non sono poche nè prive d'un certo interesse le affezioni oculari registrate in questo rendiconto. Ad evitare il catarro congiuntivale dei neonati fu ora, è poco, proposto di lavare ed asciugare prontamente gli occhi dei feti appena fuori dalle parti genitali materne. — Una ferita accidentale da arme da fuoco in un bambino recato all'Ospizio aveva portato lesioni, dinanzi le quali è davvero meraviglioso l'esito felice della cura. « Mancava la sommità della scapola ed il capo dell'omero: Erano caduti altri pezzetti d'osso; la piaga passò a cangrena poi guarì e si stabilì una nuova articolazione con movimenti abbastanza estesi. »

Nell'ultimo gruppo del prospetto e fra i temi cui l'A. ha dedicato particolare sviluppo è il caso d'una ferita prodotta da un uncino ostetrico all'inguine d'un feto. Si dubita con molta ragionevolezza dal Prof. Belluzzi che l'uncino adoprato non fosse perfettamente ottuso. Sull'uso di questo istrumento in ostetricia regnano anche oggidì due

correnti, due opinioni affatto contrarie l'una all'altra. Chi lo pone alle stelle e chi lo vuole nella polvere. Mi pare che non debba mancare la maniera di conciliare i due partiti e stabilire per quello istrumento norme precise di indicazione, regole savie del modo migliore di applicarlo, e con queste e con qualche modificazione che ne stremi la temuta azione pericolosa si potrà acquistargli una discreta e ponderata fiducia.

Vengo alla conclusione su questo Rendiconto, ma prima di far punto devo aggiungere che la mortalità dei bambini nell'Ospizio di Bologna non fu grande, che il numero degli ammittendi aumenta ogni anno e che nell'ultimo biennio fuvvi una notevole diminuzione nelle morti. L'A. attribuisce quest'ultimo fatto ad una misura lodevole presa dall'Amministrazione. Questa consiste *nell'accordare il consueto baliatico alle madri che desiderano di avere seco il proprio figlio illegittimo col salario dell'allattamento, obbligandole a riconoscere per figlio naturale il loro bambino prima che termini l'anno e concedendo alle medesime sussidi per altri quattro anni.*

Il lavoro del Prof. Belluzzi è da inscriversi fra le opere d'utilità scientifica e morale, perchè ricco di non ordinaria dottrina e dettato con sentimenti umanitarii pregevoli e che si debbono all'animo gentile ed all'ingegno robusto dell'ostetrico di Bologna, il quale non poteva meglio chiudere il suo Rendiconto che col dare nobile ossequio di meritati encomii al filantropo, al celebre Prof. Rizzoli, il cui nome da solo basterebbe a far perenne la gloria della chirurgia italiana.

Pisa, 23 *marzo* 1881.

Dott. O. Marchionneschi

Aiuto alla Clinica Ostetrica e Ginecologica di Pisa.

Fage Marc. — Étude sur l'Opération d'Emmet — déchirure du col de l'utérus. Paris, 1881.

Il lavoro dell'A., si può considerare come la storia completa di questa operazione: forma un volumetto di circa 100 pagine adorno di una nitida tavola. Ci accontentiamo di riportare qui le conclusioni del lavoro.

1° La lacerazione del collo avviene frequentissimamente al momento del parto. È occasionata: *a*) dalla rapidità del parto, *b*) dal-

l'intervento dell'ostetrico, c) da certe condizioni del collo, come nei casi di cancro, di fibromi o di antiche cicatrici.

2º La lacerazione può prodursi lateralmente o bilateralmente, ed all'avanti od all'indietro. In generale si troverà là ove si è disimpegnata la più grossa parte fetale: e così che viene spiegata la frequenza delle lacerazioni a sinistra.

3º La lacerazione può essere limitata al collo — o da questa regione estendersi in su verso il corpo, o verso la vagina, o contemporaneamente al corpo uterino ed alla vagina.

4º Frequentemente tali lacerazioni guariscono spontaneamente e specialmente quelle che stanno sul labbro anteriore e sul posteriore.

5º Molte però non guariscono — e passano inosservate per molti mesi e non producono sofferenze.

6º I sintomi delle lacerazioni sono vari: sensazione di peso nel bacino, leucorrea, disordini menstruali. All'esame il collo è grosso ulcerato e granuluso. Può farsi diagnosi di metrite cronica o di ulcerazioni al collo.

7º Il riscontro fa conoscere l'esistenza ed i caratteri della lacerazione, introducendo lo speculum di Cusco, chiudendo le valve e tirandolo un po' in avanti l'ectropion scompare.

8º Sarà indicato l'atto operativo ne' casi di estesa lacerazione con ectropion, complicata ad altri disturbi che la cura antecedente non vinse. La sterilità, la predisposizione agli aborti e la possibilità che la lacerazione sia il punto di partenza di una forma maligna, possono essere altrettante indicazioni.

9º Come cura preparatoria l'A, suggerisce le doccie con acqua calda, le pennellature del collo con tintura di jodio e le applicazioni di tannino. L'operazione sarà fatta 3 o 4 dì dopo la cessazione della mestruazione — si preferirà il decubito laterale usando dello speculum di Bozeman ed abbassando con pinze di Mouseaux il collo in guisa da operare alla vulva. Si avviveranno le due labbra della lacerazione col bistori; la sutura sarà fatta con filo d'argento.

10º È necessaria sorveglianza attenta dopo l'atto operativo; si avrà in generale una anticipazione nella ricorrenza mestruale.

11º È necessario prendere tutte le cautele indispensabili ad un buon successo.

Il taglio cesareo susseguito dalla sutura dell'utero.

1° *Opération césarienne faite pour la seconde fois sur la même femme.* Dott. S. S. Lungren. *(American Journal ed Archives de Tocologie*, etc. Marzo, 1881).

Si tratta di una giovane bavarese, rachitica — passata a marito a 31 anni, ebbe cinque gravidanze. La prima gravidanza si interruppe al 6° mese — il feto fu espulso morto. La seconda fu interrotta ad arte al 3° mese da un pratico; l'altra terminò con aborto spontaneo al 4° mese. Quando la vide l'autore era gravida al 7° mese — riscontrò una pelvi viziata tanto allo stretto inferiore che al superiore e calcolò il maggior diametro dello stretto superiore oscillante fra i due pollici ed i due pollici ed un quarto. Il 10 maggio 1875 l'A passò all'operazione cesarea a travaglio avviato, a membrane ancora integre con dilatazione della bocca uterina di circa 1 pollice. L'incisione addominale fu praticata sulla linea mediana; l'incisione uterina cadde sulla inserzione placentare. Il feto fu estratto vivente. La ferita uterina fu chiusa con 5 punti di sutura con filo di argento — i punti passavano ad 1/4 di pollice dai margini della ferita e comprendevano quasi interamente il tessuto uterino. Ogni filo fu torto due volte e poi reciso vicino alla parte torta: la parte rimanente in sito fu piegata in basso tra le labbra della ferita. La incisione addominale fu riunita con fili di seta, alcuni profondi comprendenti il peritoneo, altri superficiali cutanei. La guarigione fu pronta e completa e 5 settimane dopo attendeva a tutte le occupazioni domestiche — allattò il bambino.

Nuovamente gravida, l'A. la operò per la 2ª volta il 22 maggio 1880. Aperto l'addome *non fu riscontrata aderenza alcuna fra utero e parete addominale.* I punti di sutura con filo d'argento collocati 5 anni prima apparivano lucenti sotto il peritoneo viscerale: l'utero fu inciso un pollice a destra della cicatrice della prima incisione cadendo sopra un piccolo fibroma interstiziale. Il feto maschio fu estratto vivo. La breccia uterina fu chiusa con 12 punti di sutura nodosa fatta con crine di cavallo avendo molta cura di avvicinare i bordi peritoneali; ma essendo insufficienti a domare la emorragia tre di questi punti furono sostituiti con altrettanti metallici (argento). Tre settimane dopo la donna sortiva di casa.

2º *Opération césarienne pratiquée avec succés à Longué* par le dott. Caternault (*Archives de Tocologie.* Marzo 1881).

Prima gravidanza terminata con un'applicazione di forcipe laboriosa e fatale al feto. Chiamato l'A. al momento del parto propose il taglio cesareo — non è detto il grado di viziatura del bacino — fu divisa la parete addominale sulla linea bianca e l'utero inciso per circa 28 centimetri. Il feto fu estratto capo previo — era asfittico ma fu rianimato; sull'utero fu posto un solo punto di sutura; alla parete addominale quattro punti profondi di sutura incavigliata e cinque superficiali; all'angolo inferiore un tubo a drenaggio prolungantesi fino al fondo dell'utero — furono attuate le norme antisettiche. Tre mesi dopo la donna era completamente guarita.

3º *A case of Caesarean section, in which both the mother and child were saved by* William Walter. (*British Medical Journal*, 8 gennajo 1881).

L'epoca dell'atto operativo rimonta al giugno 1876. Primipara di 28 anni — alta m. 1, 10 — gravidanza nel 9º mese. C. V. calcolata a millimetri 40 (1 pollice e mezzo). Il feto fu estratto vivo, praticando l'incisione sulla linea mediana. Furono fatte cinque legature con filo chinese nello spessore delle pareti, e la ferita uterina chiusa con punti di sutura nodosa (catgut) — fu inoltre collocato (prima di chiudere la breccia uterina) un tubo a drenaggio che dall'utero usciva per la vagina; fu però espulso poco tempo dopo — si procurò la contrazione uterina con ergotina per via ipodermica. La ferita addominale fu chiusa con 5 punti di sutura. Il bambino estratto era lungo 54 centim. e pesava gr. 2830. Il puerperio fu morboso per legger peritonite, flegmasia ed ascesso mammario, ma però 4 settimane dopo la operata era guarita.

4º *Heroismus eines Weibes.* Dott. Schlemmer. (*Centrablatt für Gynaekologie* n. 6, 1881).

Sotto questo titolo racconta l'A. un caso di taglio cesareo praticato con felice risultamento per la madre e per il feto; fu la prima volta che si attuava la sutura dell'utero col metodo dell'A.

Era donna di 30 anni, di statura piccola ma ben fatta. Avea una pelvi rachitica di cui l'A. si accontenta di dire che la conjugata mi-

surava 90 millimetri. Non è detto quale conjugata. Era rimasta gravida cinque volte.

Le prime due fu liberata col forcipe — ambedue i bambini vennero morti. Nelle tre susseguenti fu praticata la craniotomia. Nella 6ª si presentò all'A. al 6° mese e nella speranza di avere un bambino vivo domandò insistentemente il taglio cesareo. Fu praticato il 7 marzo 1880 usando della profilassi antisettica e suturando poi la breccia uterina. Attraverso ad un puerperio burrascoso la donna guarì. Il bambino estratto vivo, morì al 7° mese di colera.

5° *A proposito del taglio cesareo. Lettera del* dott. R. P. Harris *al* dott. Giuseppe Berrutti. (*L'Indipendente, Gazzetta medica di Torino*, 25 febbrajo, 1881).

Togliamo dalla lettera quella sola parte che si riferisce alla sutura dell'utero. « La sutura uterina con filo d'argento fu tentata la prima volta in America nel dicembre 1852, e la donna vive tuttora. Nove altre operazioni dello stesso genere sono state eseguite di poi, delle quali cinque con buon esito; una donna fu operata due volte *(con molta probabilità questa operata è quella del dottor Lungren)*. Colle altre forme di sutura solo in 2 casi su dieci si ottenne la guarigione. Io ho molta fiducia nel filo d'argento vergine, giacchè si è potuto salvare una donna dopo un travaglio di 10 giorni, ed un'altra dopo 7 giorni. Tutte le donne salvate erano di razza bianca. Si richieggono da sei a dieci punti, non dovendo essi distare di più di mezzo pollice l'uno dall'altro; si attorcigliano i fili due volte e poi si piegano in basso ad angolo retto al disopra della linea della ferita, e si tagliano vicino al secondo giro. I capi rimangono coperti da una linfa plastica e col tempo restano chiusi nel nuovo tessuto. Ciò non impedisce di portare un nuovo feto a maturità, come si è visto nel caso che fu operato una seconda volta con successo. Io credo fermamente che questo sia un miglioramento sul vecchio modo di operare e dia migliori garanzie di guarigione ».

Per debito di cronisti ricordiamo qui che la sutura dell'utero dopo il taglio cesareo diede anche in Italia dei risultati favorevoli — sono ormai noti a tutti i casi del dott. Grandesso-Silvestri (sutura elastica) e quello del dott. Cesare Belluzzi (sutura con canape).

Dott. Paolo Negri.

Luigi Mangiagalli. — Due ovariotomie con esito felice. (Dal *Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna*, Serie VI. Vol. VII).

Osservazione I^a

N. N. d'anni 56, di professione portinaia, nubile, da parecchi anni non più menstruata, lamenta da tre anni circa il progressivo sviluppo irregolare del ventre accompagnato da disturbi enterici più o meno gravi, che l'obbligarono due volte a richiedere ricovero nell'Ospedale Maggiore di Milano. Io la vidi per la prima volta col Dottor *Ambrosoli*. Il ventre era espanso da una massa irregolare, grossolanamente bilobata, discretamente mobile, che raggiungeva la regione epigastrica e di cui si poteva dimostrare nel modo più evidente ed indiscutibile la provenienza dagli organi pelvici. La pelle dell'addome era solcata da vene piuttosto appariscenti, che, in maggior numero, occupavano le regioni ileo-coliche: oltre alla elasticità ed alla fluttuazione propria di una grande saccoccia cistica del tumore, era dimostrabile anche la presenza di scarsa quantità di liquido ascitico. L'utero spostato verso l'arco pelvico anteriore conservava la sua mobilità normale ed il tumore non s'insinuava con alcun segmento nella piccola pelvi. Ad ambo le regioni inguinali si notavano ghiandole linfatiche lievemente ingrossate, indolenti, mobili. La donna era notevolmente emaciata, e l'esame diligente dei visceri toracici ed addominali non mostrava lesioni apprezzabili.

La misurazione dell'addome dava le seguenti misure:

Dal pube allo sterno	centim.	37
Dal pube al bellico	»	17
Circonferenza addominale . . .	»	73
Dalla spina iliaca a. s. d. al bellico	»	19
» » » a. s. s. »	»	17

Qui ogni diagnosi differenziale era inutile per cui si stabilì la diagnosi diretta di: *cistoma dell'ovaio destro*, *senza aderenze pelviche*, *con lieve ascite*. Il deperimento notevole della donna, l'ascite, lo sviluppo del sistema venoso periferico dell'addome, la presenza di ghian-

dole tumefatte agli inguini potevano lasciarci qualche dubbio sulla natura del tumore, benchè ci confortassero a crederlo di natura benigna l'assenza di dolori e la mobilità stessa del tumore. Il decorso ulteriore venne a deporre in favore di quest'ultima ipotesi.

Deciso l'atto operativo questo venne da me eseguito nella Casa di Salute il giorno 13 del Luglio 1880 in presenza dei Professori *Chiara* e *Porro*, dei Dottori *Negri*, *Ambrosoli*, *Turati*, nonchè del personale sanitario della casa, e colle più rigorose cautele antisettiche. Incise le pareti addominali, da un centimetro al disotto della cicatrice ombellicale fino a tre centimetri dal pube, si cadde col taglio sopra una larga placca di aderenze parietali, ove si notavano delle piccolissime cisti della grandezza di ceci, che, forse originatesi dalla superficie esterna del tumore, avevano contratto aderenze col peritoneo parietale e quindi si erano staccate da quello. Allora si estese alquanto l'incisione in alto sino a sopravanzare il campo delle aderenze parietali, pratica utile a seguirsi onde evitare ogni pericolo di scollamento del peritoneo, quando, incidendo sulle aderenze stesse, l'operatore si trovasse in dubbio se e come fosse pervenuto sulla cisti. Dall'alto al basso fu indi facile rompere e staccare col dito dette aderenze parietali, dopodichè si evacuò col trequarti ultimo di *Koeberlé* la saccoccia cistica massima e strette fra legature e quindi intercise due aderenze omentali ed una intestinale, legato con filo di seta, senza segmentarlo, il lungo e sottile peduncolo, questo fu affondato. Le pareti addominali vennero affrontate mediante otto punti di sutura nodosa con filo di seta. Il cistoma (parte solido) pesava kilogr. 2 ed il liquido evacuato potè valutarsi approssimativamente in litri 7.

Il tumore consisteva di una grande saccoccia cistica e di una massa solida della grandezza di una testa, in cui stavano disseminate come in un alveare una grande quantità di piccole cisti a contenuto colloideo.

Il decorso ulteriore non fu disturbato che da fenomeni di collasso insorti nelle prime 24 ore dopo l'atto operativo e dovuti in parte al cloroformio, in parte alla emaciazione ed allo stato di debolezza in cui si trovava la paziente anche prima dell'atto operativo e che naturalmente doveva aggravarsi per questo. Brodi sostanziosi e vino generoso coadiuvati da qualche iniezione di etere bastarono a dissipare ogni inquietudine. Ecco la curva termica osservata:

13 Luglio prima dell'operazione Temp. 37° 4.
Dopo l'operazione Temp. 37° 2. Alla sera Temp. 37° 8.

14	Luglio.	Mattina.	Temp.	37° 8.	Sera	38° 2.
15	»	»	»	38°.	»	38° 2.
16	»	»	»	38° 4.	»	38° 4.
17	»	»	»	38° 2.	»	38° 4.
18	»	»	»	36° 5.	»	38° 2.
19	»	»	»	38° 2.	»	38° 6.
20	»	»	»	37° 8.	»	38°.
21	»	»	»	37° 8.	»	38° 2.
22	»	»	»	38° 2.	»	38° 6.
23	»	»	»	38° 2.	»	38° 7.
24	»	»	»	38° 4.	»	38° 5.
25	»	»	»	38° 2.	»	38° 3.
26	»	»	»	38°.	»	38°.
27	»	»	»	37° 8.	»	38°.
28	»	»	»	37° 6.	»	37° 8.
29	»	»	»	37° 2.	»	37° 4.
30	»	»	»	37°.	Sera	37° 2.
31	»	»	»	37°.	»	37° 2.
1	Agosto.	»	»	36° 8.	»	37°.
2	»	Esce guarita.				

La paziente sette mesi più tardi mostravasi molto rinforzata, di bello aspetto e non aveva disturbi di sorta.

Osservazione II^a

Due fatti rendono particolarmente interessante questa osservazione, lo sviluppo extraperitoneale del tumore e la concomitanza di una forma renale grave molto probabilmente in rapporto causale col tumore stesso

Io vidi l'ammalata per la prima volta sul principio del Luglio 1880, invitato dall'egregio Dott *Prandina*, il quale aveva già posto il diagnostico di tumore ovarico complicato da albuminuria. La paziente, dell'età di 27 anni, maritata da sei anni, senza prole, mostravasi grandemente deperita: era bensì ancora modicamente sviluppato il pannicolo adiposo, ma il colorito della cute era scialbo, pallidissime si presentavano le mucose e l'ammalata offriva i segni di un profondo accasciamento fisico e morale. Essa faceva risalire a tre anni innanzi le sue sofferenze caratterizzate specialmente da disturbi ad-

dominali, dolori, diarrea, tenesmo rettale, a cui tennero dietro edemi delle estremità inferiori e della zona sotto-ombellicale del ventre. Era frequente la nausea, quantunque questa non fosse mai seguita dal vomito; le menstruazioni erano scarse, un poco dolorose, dall'ano fluiva di tanto in tanto una materia acre, bianchiccia.

L'esame obbiettivo rilevava quanto segue: organi respiratori e circolatori normali, tranne un lieve grado di ipertrofia cardiaca, fegato e milza nei loro limiti fisiologici, edema di grado modico della metà inferiore del tronco; quadrante addominale inferiore destro occupato da una tumescenza elastica, fluttuante, non spostabile che invadeva ma di poco anche il quadrante inferiore di sinistra. L'utero era spostato verso l'arco pelvico di sinistra ed immobile: il tumore s'insinuava con un piccolo segmento alla parte alta della piccola pelvi. L'urina era mediocremente albuminosa e presentava all'esame microscopico cilindri ialini in discreta quantità, la maggior parte retti, alcuni contorti, alcuni infiltrati di granuli albuminosi, altri di goccioline adipose. Dovendo la paziente recarsi a Torino, si soprasedette per allora ad ogni intervento chirurgico di qualunque specie e si prescrisse una cura lattea e l'acido arsenioso.

Riveduta la signora verso i primi di Ottobre, essa presentava notevole peggioramento: aumentata l'infiltrazione sierosa specialmente delle pareti addominali, diarrea pressochè continua, scolo di mucosità dal retto, sospese le menstruazioni ed invece scolo sanguigno vicario dal retto, estenuate le forze, impossibile ogni lavoro proficuo, degenza a letto quasi forzata dalla intensità dei disturbi e delle sofferenze, tale era il quadro generale presentato dalla paziente. Poco alterati erano i rapporti del tumore, il quale mostravasi aumentato solo di pochi centimetri trasversalmente e verticalmente e notavasi sempre una fissità assoluta di esso e dell'utero. Praticata l'esplorazione rettale ad una certa altezza, al di là dell'ampolla rettale, avvertivasi un cercine duro, resistente, liscio, che dava adito a stento al dito esploratore, nuova sorgente di dubbi e di trepidanze. In tanta incertezza di cose e di fronte a tanta rovina di quell'organismo ed a tante sofferenze indurate da anni, si decide di procedere ad una puntura esploratoria (benchè in massima ad essa contrario), tanto più che autorevoli colleghi consultati in proposito in altre città si erano dimostrati di parere contrario sull'indole dell'affezione La puntura praticata coll'aspiratore Dieulafoy diede esito ad un liquido di color giallognolo, del peso specifico di 1028, di reazione neutra, richissimo di tavole romboidali di colesterina e che presentava concrezioni colloidee e

qualche cellula di basso epitelio cilindrico nonchè qualche cellula a ciglia. I caratteri del liquido deponevano evidentemente in favore di un tumore ovarico, ma alla mente dubbiosa si affacciavano numerosi problemi di soluzione quasi impossibile. L'affezione renale era di origine meccanica e trovavasi in relazione di effetto a causa col tumore ovarico, ovvero era una accidentale complicanza? E nella prima ipotesi era a sperarsi che tolta la causa si dissipasse l'effetto? In qual modo dovevasi interpretare il cingolo rettale? Dovevasi esso ritenere di origine neoplastica, di origine essudativa recente oppure considerarsi come prodotto da fitte aderenze perirettali? Poteva infine sperarsi che il tumore non presentasse difficoltà insormontabili alla sua ablazione?

Noi ci attenemmo, confortati anche dall'avviso del Prof. *Chiara*, alle seguenti ipotesi: *essere il tumore di origine ovarica o sviluppatosi extraperitonealmente o vincolato da fitte aderenze pelviche, dovere ritenersi l'albuminuria e la stenosi rettale come effetti secondarii del tumore, non offrire tale condizione di cose controindicazione formale ed assoluta all'atto operatorio.* Per quale intimo lavorìo una idea si faccia strada, si assodi, si sviluppi nella mente del clinico non sempre è dato di esprimere con sufficiente chiarezza, ma qui l'esame del liquido ed i rapporti del tumore deponevano abbastanza favorevolmente per l'ipotesi enunciata.

Del resto dopo sollievo di breve durata susseguente alla puntura, i fenomeni si aggravavano tutti considerevolmente: due soluzioni s'imponevano imperiosamente, o abbandonare la paziente al suo destino o tentare l'*extrema ratio* della laparotomia, che venne decisa per insistente e ferma manifestazione della volontà della paziente e per unanime parere del Prof. *Chiara* e dei Dottori *Prandina* e *Negri*.

Essa venne praticata il 20 Novembre in presenza e coll'assistenza dei sullodati colleghi nonchè del personale sanitario della casa e dei Dottori *Trazzi* e *Benazzi*. Prevedendo le difficoltà dell'atto operativo e la necessità di rischiarare lo scavo pelvico, si mise la operanda colla testa verso la finestra e la pelvi molto rialzata in modo che, aperto il ventre, la luce si proiettasse entro di essa.

Nell'apertura delle pareti addominali si dovette procedere molto cauti onde non ledere le anse intestinali che si affacciavano nel lume della ferita: inciso il peritoneo parietale apparve tosto alla vista il tumore occupante il quadrante inferiore di destra, a pareti liscie, levigate, molto tese, quasi trasparenti, solcate da numerosi e piccoli vasi. Introdotta la mano il tumore venne dimostrato completamente

immobile, adeso posteriormente alla fossa iliaca per aderenze lasse staccabili colle dita ed all' omento per aderenze nastriformi che vennero intercise fra due legature. Anche sciolto da tali vincoli il tumore conservavasi immobile per l' ovvia ragione che addentravasi nella pelvi con larga base ed un più diligente esame dimostrava come il peritoneo si riflettesse per formare il rivestimento del tumore. Ciò venne dimostrato ancor meglio dopo l' incisione della saccoccia cistica che permetteva di esplorarne anche la cavità. Non rimanevano che due partiti: o seguire il consiglio e l'esempio dell'americano (*Buffalo*) *Miner* e di *Spiegelberg*, ovvero imitare la pratica di *Schroeder*, di *Frankenhäuser*, di *Péan* ed altri in casi eguali o simili, richiamare cioè la cisti alla ferita addominale, assicurare quivi l' apertura ed attendere dalla suppurazione la guarigione radicale. Troppo gravido di pericoli ci appariva il primo partito in vista specialmente delle condizioni generali della donna, vuoi per la lunghezza dell' atto operativo vuoi per la facilità della emorragia, vuoi infine per la possibile lesione dell' uretere per la disposizione anatomica del tumore. All' altro partito c' invitavano invece i recenti e brillanti risultati ottenuti da *Schroeder* e lo seguimmo. La piccolezza del tumore non rese necessario che di esciderne una piccolissima porzione e seguendo in ciò più il processo di *Péan* che quello di *Schroeder*, attirammo l'apertura cistica all' angolo inferiore della ferita e tutto all' intorno di questa la fissammo con 10 punti di sutura nodosa con filo di seta ed il resto della breccia addominale chiudemmo con sette punti di sutura nodosa mediante filo di seta, introducendo poscia nella saccoccia cistica un tubo di drenaggio della grandezza del mignolo. Inutile l' aggiungere che fui, come è mio costume di esserlo, *pedante* nell' attuazione di tutte le norme antisettiche. L' anestetico adoperato fu il cloroformio. La durata dell' atto operativo, tutto compreso, fu di un' ora e 10 minuti.

Ecco ora il decorso consecutivo che in questo caso merita di essere riferito estesamente per l' andamento dell' albuminuria e dell' anasarca.

20 Novembre. Sera. Temp. 38°, Pols. 108. Urinazione spontanea; urine molto fenicate; non dolori; vomitò una volta del liquido ingesto.

21 detto, ore 9 ant. Temp. 36° 8, Resp. 18, Pols. 96. Dormì poco nella notte, fu assai inquieta al mattino. Vomitò quattro volte, del resto fisionomia composta, ventre non espanso, non dolente. *Urine con molta albumina.* Rinnovazione della medicazione la quale è intrisa di sierosità sanguinolenta venuta dal tubo di drenaggio: per questo

si pratica una iniezione di acqua fenicata al 2 0[0. Iniezione ipodermica di un centigrammo di morfina.

Ore 10 pom. Temp. 37° 5.

22 detto. Mattina. Temp. 37°. Ebbe ancora due volte vomito, singhiozzo ripetuto: quattro scariche alvine di materie liquide colorate in bruno. Rinnovazione della medicazione e lavatura con soluzione di thymol. *Urine del peso specifico di* 1035, *acide. Albumina il* 2 0[0° *col metodo di Esbach. Cilindri ialini numerosi retti e contorti con granuli albuminosi e goccioline adipose.*

Sera. Ancora vomito e singhiozzo: due scariche alvine. Iniezione ipodermica di un centigrammo e mezzo di morfina. Temp. 37° 2.

23 detto. Mattina. Notte abbastanza tranquilla; non vomitò ma fu tormentata da ripetuto singhiozzo. Madore della pelle. Temp. 37° 8, Pols. 100. Rinnovazione della medicazione: lavatura con soluzione di thymol che rifluisce perfettamente limpida: applicazione di terebentina all' epigastrio.

Sera. Singhiozzo diminuito. Temp. 37° 8. Iniezione di 2 centigrammi di morfina.

24 detto. Mattina. Temp. 37°. Notte inquieta, dormì un po' verso il mattino: vomitò due volte, poco singhiozzo: medicazione.

Sera. Temp. 37° 2, Pols. 120.

25 detto. Mattina. Notte relativamente tranquilla: ebbe una scarica di materie semi-solide: vomitò una volta. Albumina 0,50 0[0: più scarsi gli elementi renali. Medicazione. Temp. 37° 7.

Sera. Temp. 37° 6.

26 detto. Mattina. Temp. 37° 5. Rinnovazione della medicazione: si tolgono 3 dei punti verticali e 5 dei circolari.

Sera. Temp. 37° 5. Un po' d'inquietudine. Iniezione ipodermica di un centigrammo di morfina.

27 detto. Mattina. Temp. 37° 8. Notte relativamente tranquilla: ebbe peraltro ancora parecchie scariche alvine che si ritengono in relazione colla forma renale: la secrezione della cisti è leggermente fetente, presenta stracci e lembi membranosi: invece di adoperare il thymol si pratica una iniezione di soluzione fenica al 5 0[0: si leva un punto verticale ed uno circolare e si applicano i nastrini alla *Koeberlé.*

Sera. Temp. 37° 5.

28 detto. Mattina. Temp. 37° 2. Notte discreta: quattro scariche diarroiche. Medicazione. Si levano gli altri punti. Magistero di bismuto alla dose di 4 grammi nel giorno.

Sera. Temp. 37° 2, Pols. 130. La donna è molto debole: ebbe ancora sei scariche diarroiche ed un po' di singhiozzo.

29 detto. Mattina. Temp. 37°. Rinnovazione della medicazione: bismuto a 10 grammi persistendo la diarrea

Sera. Temp. 37° 2. Tre grammi di laudano per due clisteri.

30 detto. Mattina. Apirettica. Nella notte ebbe ancora tre scariche. Urine intensamente fenicate: si sostituisce ancora il thymol all'acido fenico. Si continua col bismuto alla medesima dose. Limon. citrica con 2 grammi di laudano. Si sottopone la paziente al regime della carne cruda.

Sera. Apirettica.

1 Dicembre. Mattina. Temp. 37° 2. Medicazione: urine non più fenicate: si levano i nastrini alla *Koeberlè*.

Sera. Temp. 38° 1.

2 detto. Mattina. Temp. 37° 5. Una sola scarica alvina nella notte: urine ancora leggermente feniche: la cavità cistica è notevolmente retratta: l'infundibolo di retrazione si ricopre di granulazioni lussureggianti: si applicano due liste di cerotto fenicato in modo da tenere avvicinate le pareti. Si continua ad amministrare il bismuto alla stessa dose.

Sera. Temp. 38° 2.

3 detto. Mattina. Temp. 37° 4. Nella notte cinque scariche: medicazione e lavatura. Si prescrivono 5 globuli di acido arsenioso di un milligrammo ciascuno al giorno.

Sera. Temp. 37° 5. Continua la diarrea: si prescrivono pillole di tannino e clisteri di laudano.

4 detto. Mattina. Temp. 37° 2.

Sera. Temp. 37° 1. Eguale terapia.

5 detto. Notte buona: nessuna scarica alvina: apirettica.

6 detto. Apirettica: nelle 24 ore due sole scariche.

7 detto. Apirettica: nessuna scarica.

9 detto. Sempre apirettica. Notevolmente ristretto l'infundibolo di retrazione: non si applicano più le liste di cerotto: si sospende l'acido tannico, si continua nell'acido arsenioso.

11 detto. Apirettica. Nella giornata fu disturbata alquanto dalla tosse.

12 detto. Apirettica. L'infundibolo va sempre più restringendosi. Edema sotto-cutaneo notevole nella parte superiore del tronco. Catarro bronchiale: lieve edema polmonare alle basi.

13 detto. Apirettica. Modico idrotorace bilaterale: polv. di cremor di tartaro con digitale.

14 detto. Sempre apirettica. Urine acide, peso specifico 1014. Il precipitato di albumina forma 1[3 della colonna liquida.

15 detto. Aumento notevole degli edemi periferici che sono generalizzati: 25 grammi di acquavite tedesca.

16 detto. Moltissime ed abbondantissime scariche sierose.

18 detto. Diminuiti gli edemi: si leva il tubo di drenaggio omai ridotto a pochi centimetri, poichè se ne incideva una porzione mano mano che l'obliterarsi della saccoccia cistica lo sospingeva fuori.

Il resto della piccola cavità superstite andò rapidamente obliterandosi ed all'arte non rimase che il compito di combattere le altalene del processo renale colle sue manifestazioni albuminuria ed edemi.

Il 24 Gennaio 1881, quindi più di un mese dacchè aveva abbandonato il letto, la paziente usciva dalla casa di salute in discrete condizioni, poichè gli edemi eransi completamente prosciugati, l'albumina era ridotta ad una nubecola, la stenosi rettale e la proctorrea erano scomparse. Ulteriori notizie avute circa un mese più tardi constatavano la persistenza del miglioramento.

Puossi questo considerare come un esito completo? Da un punto di vista generale non certamente, poichè l'arte non è riuscita a liberare la paziente completamente dalle sue sofferenze e poichè l'albuminuria, benchè in modico grado, persiste forse come effetto non più amovibile di una causa ora rimossa. La relativa frequenza dell'albuminuria nei tumori ovarici mi porse occasione a fare ricerche su questo argomento, a indagare il significato diagnostico e pronostico di tale complicanza, ricerche che verranno consegnate in apposita memoria: ma intanto, dal punto di vista chirurgico non è meno notevole che una donna estesamente infiltrata ed in corso di una malattia di *Bright*, abbia tollerato un traumatismo così grave sino al punto da presentare un decorso apirettico in presenza di una complicanza che può rendere gravi anche le più insignificanti lesioni. Ma oltre che da ciò, questo caso ripete la sua importanza dalle condizioni anatomiche speciali del tumore, condizioni anatomiche recentemente illustrate e ancora poco conosciute, talchè in molti lavori nostrani e forestieri non ne vien fatta menzione alcuna.

Tale peculiare disposizione anatomica risiede nel fatto che il tumore con un segmento più o meno esteso si sviluppi extraperitonealmente tra i foglietti del legamento largo. Ed a ragione *Kaltenbach*, al quale dobbiamo una stupenda illustrazione di tale argomento, dopo avere accennato, come sotto l'indicazione generica di aderenze pelviche sieno andate confuse condizioni ben differenti che riposano sopra una

base anatomica diversa, soggiunge: « essenzialmente diversa è un'altra forma di solidi ed estesi vincoli pelvici: essa consiste in ciò che il tumore all'atto di svilupparsi s'insinua tra i foglietti del legamento largo con una sua più o meno grande sezione. Una parte del tumore giace tra i fogli divaricati del legamento largo, i quali in tal modo rappresentano una parte del suo rivestimento » (1). Quante volte forse questa condizione di cose andò confusa sotto le generiche denominazioni, *tumore sessile, aderenze estese e solide coll'utero, col legamento largo e colle pareti pelviche! Schroeder* due anni più tardi in una contribuzione al trattamento di tali tumori (2), ne distingue due forme che in ultima analisi non si distinguono tra loro che per il grado di penetrazione del tumore nel cellulare del legamento largo. Quanto debba essere grave l'ovariotomia eseguita colle norme ordinarie in simile condizione di cose, lo dimostrano i nuovi rapporti acquistati dal tumore, la necessità di aprire il parametrio per la sua enucleazione, la dispersione dei vasi sopra una più o meno vasta superficie, i rapporti più o meno intimi che il tumore può contrarre coll'uretere. Tali difficoltà s'imponevano talmente allo spirito di *Kaltenbach* che tale condizione anatomica considerò come controindicazione dell'ovariotomia. Ognuno vede infatti le difficoltà ed i rischi da cui è circondata l'enucleazione del tumore. *Schroeder* in 5 casi simili felicemente operati si limitò ad esportare la parte per così dire endo-peritoneale della cisti, lasciando la porzione sotto-sierosa e cucendo questa coi margini della ferita addominale, avendo l'avvertenza di fare una piega della parte esuberante della cisti alla parte superiore della ferita addominale in modo da poter tenere a mutuo contatto mediante cucitura le due superficie esterne della piega formata. Io, seguendo invece il processo adoperato da *Péan* (3) in casi di estese aderenze pelviche, ho raccolto la cisti all'angolo inferiore della ferita omettendo per altro il punto di sutura attorcigliata al limite superiore della cisti ed accontentandomi di praticare la sutura nodosa con filo di seta. La guarigione radicale avviene abbastanza rapidamente e non è a temersi la recidiva. *Schroeder* (l. c.) scrive: « ich habe die feste Ueberzeugung dass ein Recidiv nicht zu fürchten sein wird: io ho la più ferma convinzione che una recidiva non sarà a temersi ». Ma come

(1) Beitrag zur Anatomie u. chirurgische Behandlung der Ovarialtumoren (Zeitsch. f. Gebürtsh. u. Frauenkrank. v. Martin u. Fasbender. 1876 I).

(2) Zeitschrift. f. Gebürtsh. u. Gynaek. II. Bd. 2 H.

(3) Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen, pag. 91.

si spiega tale penetrazione di un segmento più o meno esteso del tumore o di tutto il tumore stesso in grembo al legamento largo? *Kaltenbach* ne accagiona gli inspessimenti dell'albuginea e le pseudomembrane, reliquati di pregressi processi flogistici, i quali impediscano al tumore di svilupparsi verso il cavo peritoneale. Forse invece è da ricercarsi la causa in più intime ragioni desunte dall'istologia e dalla embriologia, come si potrebbe desumere da qualche recente lavoro.

C. Calderini. — Le precauzioni antisettiche. (Estratto dall'*Osservatore*, *Gazzetta delle Cliniche* di Torino. N. 7 e 8. Anno 1881).

Sono lieto di presentarmi a voi, in questa prima riunione, con una buona novella: *in tutto l'anno testè decorso non vi fu nell'Istituto alcun decesso per infezioni puerperali.* Vi fu un solo decesso, di una incinta portata, si può dire, a soccombere in Clinica, essendo soccombuta 2 ore dopo il suo ingresso (1), per edema polmonare, cagionato da nefrite diffusa cronica.

È un fatto questo che annunzio a voi in oggi, che non ha riscontro negli Annali dell'Istituto e dell'Ospizio salendo fino alla loro origine, e si noti bene che non è casuale, *egli è natural conseguenza delle precauzioni antisettiche praticate nell'annata.*

Nel quindicennio dal 1866 in poi vi fu nell'Ospizio la seguente mortalità:

---

(1) Dal 1° novembre 1879 al 1° novembre 1880 vi furono 106 parti, e cioè:
86 normali,
15 irregolari,
5 artificiali (compreso un taglio cesareo *post mortem* in gravidanza; 2 applicazioni di forcipe; 1 rivolgimento; 1 estrazione manuale del feto.
I puerperii furono 106, e così:
71 normali,
32 irregolari (sono notate anche piccole irregolarità),
3 morbosi (1 per ulcera puerperale perineale gangrenosa e assorbimento putrido, guarita; 1 per setticemia subacuta con ascessi sottocutanei, guarita; 1 per ecclampsia, guarita.

1866	ricoverate	149	morte	7 (1)	4,70	p. 010
1867	»	140	»	14	10,00	»
1868	»	151	»	6	3,97	»
1869	»	108	»	9	8,35	»
1870	»	82	»	3	3,65	»
1871	»	112	»	6	3,35	»
1872	»	128	»	7	5,45	»
1873	»	112	»	4	3,57	»
1874	»	113	»	6	5,30	»
1875	»	95	»	12	12,63	»
1876	»	101	»	4	3,96	»
1877	»	113	»	8	7,07	»
1878	»	115	»	3	2,60	»
1879	»	114	»	3	2,63	»
1880	»	115	»	1 (2)	0,86	»
		1748		93	3,40	p. 0[0

È saputo ormai da tutti che la terapeutica della « febbre puerperale » cominciò ad essere razionale dacchè si imprese a considerarne la natura infeziosa ed a toglierle il carattere di specificità (3) accumunandola alle infezioni chirurgiche; ma, come avvenne per queste, essendosi trovato che i mezzi terapeutici non conducevano ad utili risultati, tutta la attenzione degli ostetrici, come quella dei chirurghi, si rivolse, e giustamente, alla cura profilatica.

Ma fino a tanto che dominò l'idea dell'indole miasmatica ed epidemica della malattia e di conseguenza si cambiarono o migliorarono i locali o se ne crearono dei nuovi, si usarono le sale alternativamente e si imbiancarono spesso e si separarono le incinte qua e colà in piccoli centri, pubblici o privati, non si ottennero quei risultamenti che si aspettavano.

Dopochè, invece, si sono maggiormente diffuse le idee di Semelweis, o, per dire più esattamente, dopochè esse sono *penetrate nella mente*

---

(1) Per malattie varie.

(2) Per malattia *accidentale.*

(3) È importante il caso narrato dal dott. G. Lapponi nella *Rivista clinica di Bologna*, dicembre 1880, di un uomo che soccombette per infezione contratta dalla moglie convalescente di « febbre puerperale » in un amplesso precoce.

degli ostetrici (1), la cura profilatica delle infezioni puerperali fece un grandissimo progresso. Sostituita l'idea del *contagio* a quella del *miasma*, non si hanno più epidemie, ma endemie, e queste (esclusi i rari casi di auto-infezione) sono opera di trasmissione di contagio da letto a letto dopochè una partoriente sia stata infettata dalle mani o dagli strumenti.

E siccome il criterio delle cause influisce notevolmente sui mezzi profilatici, la profilassi delle infezioni puerperali si è in questi ultimi tempi notevolmente modificata e migliorata per opera di molti ostetrici ad un tempo, poichè, il criterio eziologico essendo comune, ognuno di per sè si diede a cercare i mezzi antisettici che fossero più adatti a condurre al medesimo scopo: prevenire le infezioni nelle puerpere.

Ma il lavoro, nei primordi, fu isolato, incostante, incompleto. Senonchè d'un tratto ricevette un impulso straordinario dalle ricerche fatte allo stesso scopo dai cultori della patologia chirurgica in riguardo alle infezioni chirurgiche e specialmente di quelle accompagnanti gli atti operativi, ricerche che il genio di Lister seppe così bene utilizzare, da meritarsi di essere consíderato come il creatore di un sistema nuovo di medicazione. E giudicando dai risultati che da varii ostetrici vennero di recente pubblicati si può constatare il fatto consolante che un notevole progresso si è raggiunto.

Non è men vero però che nel campo ostetrico si è lungi dall'aver ottenuti gli splendidi risultati del metodo listeriano, impiegato nelle grandi operazioni chirurgiche. E questo accade sia perchè tale metodo non è applicabile alla pratica ostetrica, fatta eccezione del caso di taglio cesareo, e sia perchè i casi ostetrici si impongono e non danno tempo a fare i preparativi minuziosi e pensati che può fare il chirurgo, e perchè infine si può discorrere esattamente, nel campo teorico, e nell'attuazione pratica è facile dimenticare qualche precauzione. E ciò avviene, tanto per la molteplicità dei riguardi da usarsi, quanto per il numero delle persone che devono usarli sempre in un modo egualmente scrupoloso.

Gli è per questo che io reputo dovere di ogni ostetrico, e partico-

---

(1) Non pochi medici pratici ancora oggidì non sono *convinti,* ovvero fanno una miscela di vecchio e di nuovo, su questo argomento, per modo che le conseguenze pratiche non corrispondono all'aspettazione. Non foss'altro, *l'idea assoluta del contagio* è la più feconda di utili risultati; come luminosamente è dimostrato dall'esperimento clinico.

larmente di ogni insegnante, di insistere su questo argomento, di continuare gli esperimenti e di comunicare i mezzi impiegati ed i risultati ottenuti (1) perchè si tratta nientemeno che di una delle più grandi conquiste, che sta per fare l'ostetricia: quella di risolvere, in un modo inaspettato, la gravissima questione della grande mortalità delle puerpere, indipendente da malattia preesistente od accidentale, ed insieme la questione, ancora sempre agitatissima, delle Maternità, le quali, sorte col carattere di asili caritativi, divenute più tardi centri di istruzione clinica speciale, furono, nei tempi nostri, condannate poco meno che come fomiti di infezione e centri di mortalità, e quindi destinate alla soppressione. Mentre ad un tratto, *in grazia della istruzione che vi è impartita*, stanno per diventare *centri di salute e di vita*, e quindi asili non di *pietosa* o *malintesa carità*, ma di *carità vera*.

---

(1) Il primo lavoro che fu pubblicato in Italia sulle precauzioni antisettiche in ostetricia, inspirato ai principii di chirurgia antisettica e di medicazione alla Lister, uscì dall'Istituto ostetrico di Santa Caterina di Milano, diretto dal professor Chiara, per opera del dott. Cuzzi, primo assistente:

Contribuzione allo studio del metodo antisettico in ostetricia. Nota preventiva del dottore A. Cuzzi. — *Oss. Gazz. delle Cliniche* di Torino, N. 7, 1878.

Vennero in seguito:

Medicazione antisettica coll'acido fenico in ostetricia, del dott. L. Bergesio, assistente alla Clinica ostetrica di Torino diretta dal prof. Tibone. — *Oss. Gazz. delle Cliniche,* di Torino, N. 8, 1878.

Sul valore del metodo antisettico nella pratica ostetrica. Studio critico del dottore L. Mangiagalli, secondo assistente nell'Istituto ostetrico di Milano, diretto dal professore Chiara. — *Gazz. Med. Ital.,* serie viii, t. iii, anno 1878.

Il materiale infettante e la profilassi antisettica nella partoriente e nella puerpera. Considerazioni e proposte del dott. A. Cuzzi, prof. direttore della Clinica ostetrica dell'Università di Modena. — *Annali d' ostetricia*, volume i, giugno 1879.

L' igiene delle Maternità, ecc. Qua e là per il Registro Clinico dell'anno 1878. Lettera 6ª. — *Annali di ostetricia*, vol. ii, 6 luglio 1880 e *Gazz. delle Cliniche*, di Torino, 1880. Del prof. D. Chiara.

Lo stesso: *Profilassi antisettica in ostetricia.* — *Giornale della Soc. Italiana d' igiene*, N. 1 e 2, 1880 e *Annali d'ostetricia*, i, 1880 — In questo scritto si parla delle misure profilatiche dall'A. proposte nella Maternità di Parma fin dal 1877, nel tempo della sna direzione, allo scopo di garantire dalla invasione e diffusione della febbre puerperale, ch' egli considerava già come malattia contagiosa. Questo però non toglie nel suo successore la convinzione che la vera idea della contagiosità della febbre puerperale siasi di fatto e nettamente resasi manifesta più tardi e che solo le precauzioni profilatiche, sgorgate naturalmente da tale idea, hanno dato un *positivo* risultato.

Le *precauzioni antisettiche* che io ho man mano introdotte nell'Istituto da tre anni in qua (1) si riducevano, al principio dell'anno testè decorso, alle seguenti, le quali furono, durante l'anno, osservate abbastanza regolarmente.

Recipienti di zinco con cannuccia stanno nella camera da parto e nelle camere delle puerpere coll'acqua da lavar le mani; i catini sottostanti stanno sopra imbuti nei quali si versa l'acqua usata per mutarla con facilità, e mandarla tosto all'esterno; presso ogni recipiente vi è sapone, spazzola e forbici per la nettezza speciale e scrupolosa delle unghie.

Una soluzione di permanganato di potassa del 2 1[2 per 0[0 serve alla immersione delle mani per parecchi minuti per la disinfezione delle medesime; ho dato la preferenza a questo disinfettante perchè è di poco costo, non ha alcun odore disgustoso, non guasta la pelle come l'acido fenico o l'acido borico, e sebbene le comunichi un colore giallo, questo non dura che poche ore e serve a far constatare che la disinfezione fu fatta.

Gli irrigatori sono muniti di canule vaginali di vetro le quali si conservano in un vaso pure di vetro nell'acqua fenicata al 5 p. 0[0.

L'acqua fenicata per le irrigazioni vaginali è al 2 1[2 p. 0[0; lo stesso titolo ha quella che serve per i polverizzatori a mano, i quali si usano nel momento del trapasso della testa e durante il secondamento

Le spugne che si impiegano per la nettezza delle parti esterne dei genitali sono lavate in più catini di acqua, lasciate 24 ore nell'acqua semplice, 24 nella soluzione fenicata al 5 p. 0[0 e conservate poi in vasi di vetro con tappo smerigliato nella soluzione al 10 p. 0[0.

Le mani sono lavate con acqua e sapone e colla spazzola e disinfettate prima di ogni esplorazione vaginale; le maniche degli abiti rovesciate; polsini tolti e gli abiti del braccio coperti con una manica di tela di bucato durante l'assistenza al parto.

Gli strumenti immersi nell'acqua fenicata al 5 p. 0[0 molto prima d'essere adoperati; irrigazioni vaginali durante e dopo l'operazione.

Per riguardo al feto si disinfettano pure nell'acqua fenicata le forbici ed i fili pel cordone ombelicale.

Del resto le esplorazioni vaginali, nelle incinte, furono ancora fatte in grande numero, e cioè o da 4 studenti o da 4 alunne e da me, e

---

(1) Secondo Rendiconto del R. Istituto ostetrico di Parma. Biennio 1875-77, p. 44.

la stessa donna fu esaminata più di una volta ad intervalli, ed ai parti furono sempre chiamati 4 studenti e 4 alunne che esplorarono almeno una volta ciascuno.

Esplorarono pur sempre il medico assistente e la levatrice. Inoltre tutte le puerpere furono esaminate colla esplorazione vaginale da due persone al 12º giorno prima di essere congedate dall' Istituto; non ostante tutto questo che vuolsi dire il tributo della gestante, della partoriente e della puerpera alle esigenze dell'istruzione ostetrica, tributo che sarebbe possibile di riduzione se la clinica avesse maggior numero di parti; non si verificò, come dissi da principio, alcun decesso per infezioni puerperali in tutto l' anno!

Due circostanze contribuirono potentemente ad ottenere questo risultato così lusinghiero ed incoraggiante; l' una si è il trovarmi in accordo col nuovo e distinto professore di chirurgia operativa nell' esigere da voi l' osservanza delle precauzioni antisettiche, essendo egli un vero apostolo del metodo listeriano, e fortunato così da potervene mostrare l' utilità all' evidenza; l' altra circostanza si fu l' aver ottenuto, d' accordo col chiarissimo professore di anatomia patologica una modificazione dell'orario delle esercitazioni di anatomia patologica e delle cliniche ostetriche, le quali si seguivano immediatamente nel giorno istesso rimanendo questa l' ultima.

In grazia di questa modificazione la Clinica ostetrica si fece nel giorno seguente a quello in cui gli studenti praticavano le sezioni necroscopiche.

Ma credete voi che dobbiamo tenerci soddisfatti dei risultati ottenuti? no di certo, perchè se non vi furono decessi per infezioni puerperali non mancarono i casi di infezione, e due fra gli altri furono abbastanza gravi ed accaddero entrambi, sia detto in omaggio al vero, mentre la clinica era aperta; per fortuna, sia l' uno che l'altro e tutti gli altri casi d' infezione ebbero esito favorevole colle irrigazioni fenicate, col chinino e cogli alcoolici.

Perciò quanto insino ad oggi siamo riusciti ad ottenere deve servire soltanto a *radicare maggiormente in noi la convinzione della giustezza delle vedute in riguardo al concetto eziologico delle infezioni puerperali,* provato già dalla patologia sperimentale e controprovato ora dalle misure profilatiche adottate nella clinica. In conseguenza di questo siamo incoraggiati a proseguire più compatti, più scrupulosi nella via intrapresa per rendere la profilassi delle infezioni puerperali più completa, più costante, più diffusa, in avvenire ci occuperemo a sintetizzare e semplificare, essendochè nulla più giovi a rendere più

costanti e più diffuse ogni sorta di pratiche quanto la semplicità dei mezzi che le costituiscono.

In un centro di istruzione di clinica ostetrica le precauzioni antisettiche oggidì devono applicarsi fino allo scrupulo ancora per due ragioni.

1° Perchè le persone che vi si istruiscono, dovendosi contemporaneamente esercitare in altre pratiche della medicina, si trovano più dell' insegnante e del personale sanitario della clinica in occasione di servire di mezzi di trasporto di materiali infettanti ad una persona (com' è la partoriente), che trovasi nelle condizioni sgraziatamente le più favorevoli all' assorbimento.

2° Perchè la clinica, colle continue applicazioni dei progressi che pazienti e dotti ricercatori fanno fare agli studii nostri, deve sempre essere la sicura norma del pratico esercizio della medicina.

Su queste due ragioni amo trattenere per un po' la vostra attenzione, ed in riguardo alla prima vi farò osservare, che voi ed io dobbiamo studiare i casi più di quanto fassi ordinariamente nella pratica privata, il che, l' intende facilmente chi ha senno, deve tornare di vantaggio e non di danno alla persona studiata. Ma non dobbiamo dimenticare che tanto io quanto voi non possiamo a meno di continuare nei nostri studii, nelle nostre ricerche, nei nostri esperimenti di clinica o di laboratorio, sieno essi di preparazione o di perfezionamento, non essendovi omai più alcuno così ignorante che presuma di avere tutto imparato, quantunque sapesse tutto che si sapeva nel campo de' suoi studii all' età de' suoi 25 anni. Voi, di più, non dovete dimenticare che venite, ora dalle sale chirurgiche, ora dagli esercizi di operazioni sul cadavere, ora dalle sezioni cadaveriche o dagli esercizi di anatomia patologica, e colà dove voi gettate salde fondamenta all'edifizio del vostro sapere medico non trovate, pur troppo, in molte delle nostre Università, una sala per deporre i vostri abiti, per indossare delle vesti atte a subire sovente il bucato e costrutte in guisa, che tutta la persona sia preservata dai liquidi cadaverici e solo le avambraccia rimangano scoperte, per lavorare senza tema di sporcarsi gli abiti e per poterle più liberamente e più completamente lavare e disinfettare coi mezzi abbondantemente preparati a tale scopo; perciò tutti noi, che lavoriamo per istruirci a pro' dei malati, dobbiamo considerarci non abbastanza netti quando ci accingiamo ad una esplorazione di una incinta e particolarmente di una donna in travaglio.

In riguardo alla seconda cagione vi debbo discorrere di un fatto abbastanza strano. Vi fu un tempo nella patria nostra, e pur troppo

è tempo che dura, in cui ostetrici e levatrici, cui do volentieri il titolo di *fortunati*, attendenti esclusivamente alla pratica privata, brillavano pei favorevoli risultati dell'assistenza ai parti delle loro clienti, mentre le cliniche ostetriche e gli ospizi di maternità ed i loro direttori insieme, venivano coperti da un velo di trista fama per la frequente o persistente mortalità delle puerpere; il pubblico, che giudica volentieri dai fatti, senza curarsi di indagare le cause, poco a poco creò una riputazione superiore e favorevolissima alle persone della *pratica*, inferiore e sfavorevolissima alle persone della *teoria*.

La clinica pertanto mancava alla sua missione.

Ora, quali le ragioni di questa anomalia e quali i rimedi?

Anzitutto è vero che vi sono ostetrici e levatrici fortunati, ma è anche vero che le infezioni puerperali, pur troppo fin qui, non risparmiando nè gli ospizii, nè il santuario della famiglia, sia del povero sia del ricco, penetra ogni anno anche in questo col mistico nome delle *miliari* o coll'intermediario delle *influenze epidemiche*, contro le quali a nulla valgono *i soliti sforzi della scienza medica* per strappare da un fine precoce e crudele la giovine sposa cui la vita si dovrebbe far beata partorendo (1).

Ma egli è giustizia constatare che siffatte disgustose contingenze capitavano meno frequentemente agli ostetrici ad alle levatrici fortunati; è perciò buona cosa l'indagare le cause del fatto, anche per imparare, ove occorra, potendosi da tutti qualche utile cognizione acquistare.

Il fatto, a parer mio, si spiega per questo, che le dette persone non si occupano di cose disparate e, nel senso igienico, talora affatto in contrasto l'una coll'altra; sibbene attendono all'esercizio di un solo ramo dell'arte salutare; hanno nettezza personale abituale, dolcezza di modi nell'uso delle mani e degli strumenti nell'esercizio dell'arte loro; della nettezza delle mani e degli strumenti hanno molta cura, e per la posizione cui sono giunti col lungo lavoro, se anche non con grande studio, esercitano in quelle classi sociali che osservano le prescrizioni dell'igiene; non fanno lavori anatomici o sperimentali, poco si curano dell'esame o della conservazione di quegli oggetti che tal-

---

(1) In Parma, negli anni 1877-78-79, vi furono 39 decessi di donne o incinte o partorienti o puerpere estranee al comune o appartenenti al medesimo, solo 14 decessi appartengono alla Maternità; 17 volte su 39 la causa del decesso fu evidentemente l'infezione; negli altri casi la causa di morte fu l'idroemia, l'emorragia, l'ecclampsia, stando alle dichiarazioni fatte all'ufficio dello stato civile.

volta sono tanto utili per la istruzione propria e per quella altrui; esaminano le donne solo per quanto appena basti, e lasciano che gli scoli lochiali scendano per la china secondo l'ordine naturale delle cose senza inquietarsi che lo scibile ostetrico faccia durante la loro vita, o abbia da fare dopo di loro un progresso qualsivoglia.

D'altro canto la clinica che deve essere maestra, pur troppo lottò a lungo prima di poter giungere ad imporsi... colla evidenza dei fatti; ma per quali ragioni?

Prescindiamo dalla denigrazione che si faceva in passato, più o meno giustamente, della fama degli stabilimenti clinici, da parte di chi in essi, o aveva attinta la prima istruzione professionale o anche vi aveva sfruttato il primo avviamento alla clientela; restava pur sempre per le cliniche ostetriche, come per le cliniche chirurgiche, la grande mortalità per infezioni, la quale commoveva anche il pubblico non medico e bastava da sola ad indurre nel pubblico medesimo l'idea dell'impotenza degli studii; non essendo il pubblico in grado di considerare che da un lato non sapevan di più gli ostetrici estranei all'insegnamento e che questi, rispetto a quelli, si dovessero considerare condannati a minor fortuna. Infatti i clinici hanno i conti da fare colle Amministrazioni, alle quali il governo nostro ricorre per avere i locali ed il materiale vivente per la clinica, Amministrazioni, pur troppo in molte parti d'Italia, non dovunque, come qui ed in alcune altre poche città, larghe per favorire l'istruzione che pur essa, come il pane, è necessità, è carità. I clinici hanno il cumulo delle incinte, delle partorienti, delle puerpere; le esigenze della istruzione clinica con quel tanto di inconvenienti sopraenumerati; lo svantaggio del numero di persone attorno alla stessa donna, capaci di guastare, inscientemente, quel tanto di bene che il sanitario della clinica potrebbe fare più facilmente da solo, se però da solo potesse bastare a tutto.

Senonchè, in grazia del progresso degli studii, coltivati qua e là anche in mezzo alle più sfavorevoli condizioni, ed in grazia dei miglioramenti avvenuti nel nostro ramo di sapere, presso quelle nazioni che un tempo apprendevano da noi, ed ora ci insegnano, la clinica ha ripreso il suo posto anche in faccia agli amministratori ed in faccia al pubblico. *Perchè ha trovato il modo di soffocare il germe del terribile flagello che faceva strage delle puerpere.* Gli esercenti l'arte salutare, per quanto fortunati nel loro esercizio, non dispregieranno più gli insegnamenti della clinica, alla quale la incinta o la donna ammalata per ragione del suo sesso, ricorreranno d'ora innanzi, come

si usa già da tempo presso altre nazioni civili, con quella confidenza che inspira un asilo, nel quale la carità ed il sapere si sono unite in un tutto, per raggiungere un fine così elevato, che la sola carità non può dare.

Specialmente se si intende la carità nel senso stretto o speciale della comune ammissione nel nostro paese, e sopratutto se si parla di carità quasi meramente pietosa o gretta e peggio se fatta in modo, che lasci vantare annui risparmi, maggiori di quanto occorra ad una saggia amministrazione.

Ma perchè questo istituto possa raggiungere, ancor esso, questo fine, cui io miro in buono accordo cogli amministratori, conviensi che voi che ora mi ascoltate mi seguiate volonterosi e *convinti della assoluta necessità delle precauzioni antisettiche* già state adottate nello scorso anno e di quelle che aggiungerò nell' anno corrente, sia per assicurare l'esito, sia per completare nel tempo stesso l' esperimento clinico, il quale non sarà convincente abbastanza se l'effetto che aspettiamo non sarà duraturo.

So bene, e voi pure lo sapete, che tutto ciò che è umano è mutabile e che là dove è necessario il concorso di molti per giungere ad uno scopo, di molti ciascun dei quali esposti a fallire, non si può pretendere nulla di assolutamente stabile nè di perfetto. Ma sappiamo pur tutti quanto nobiliti l'uomo l' agognare alla perfezione sebbene, pur troppo, non riesca che a divinizzarla.

E per scendere ai particolari, oltre alle disinfezioni che farete alle vostre mani ed ai riguardi di nettezza che userete ai vostri abiti fuori di qui, vorrete qui fare uso scrupuloso dei mezzi disinfettanti destinati a preparare le mani alle *esplorazioni vaginali*, sopratutto se si tratta di farle in donne che trovansi in travaglio, avendo dimostrato l' esperienza che le infezioni più acute e più micidiali avvengono in questa circostanza. Vorrete esplorare con garbo, dando a questo modo di esame così necessario nella pratica ostetrica tutta l' importanza che merita. Vorrete inoltre, prima di ogni esplorazione, togliere i polsini e rovesciare le maniche dell'abito e della camicia per modo che queste parti delle vestimenta non vengano in contatto coi genitali e sia facile prima e dopo lavare e disinfettare bene le mani ed insieme una parte dell' avambraccio. Siccome poi non è cosa praticabile il cambio frequente degli abiti e debbo limitarmi a raccomandare il cambio frequente della biancheria, così conviene, almeno per l'assistenza ai parti, adottare l' uso di una veste di tela o di un grembiale. E questo non deve servire allo scopo precipuo di preservare i nostri abiti, come

succedeva talvolta delle vesti nere degli ospedali, nere appunto per essere atte a nascondere il sudiciume che si accumulava in sei mesi di uso continuo, senza che subissero alcuna lavatura; ma deve costituire precipuamente uno strato di stoffa da *bucato* intermediario fra voi e la donna che esaminate.

Il rimanente delle precauzioni sarà come nell'anno decorso, colla sola aggiunta di una irrigazione vaginale precedente ed una susseguente all'esplorazione fatta con acqua fenicata 2 1[2 per 0[0, ovvero con soluzione 35 per 0[00 di acido borico forse preferibile per essere l'acido fenico causa di avvelenamento.

Sarà diminuito il numero degli studenti chiamati ad esplorare e ad assistere i parti, e lo studente che avesse fatto lavori anatomici in giornata sarà invitato a cedere il suo turno.

A complemento delle precauzioni antisettiche si continuerà la pratica dell'isolamento di camera e di servizio per le puerpere malate alle quali attenderanno le serventi della Clinica; mentre le puerpere sane saranno assistite, così nel giorno come nella notte, dalle allieve levatrici, che così apprenderanno meglio e per pratica le attenzion che si debbono usare alle donne in quello stato.

Continueremo lo studio cominciato nell'anno scorso intorno alla posizione che più conviensi alla partoriente per evitare le lacerazioni perineali giacchè questo accidente ha molta parte nella patologia puerperale. Delle lacerazioni che tuttavia avvenissero faremo la cucitura immediata.

Ritenendo poi come sorgente di buoni risultati il sospetto che l'infezione possa farsi anche per mezzo dell'aria o degli oggetti che sono in diretto contatto colle parti genitali femminee, eviteremo più che sia possibile di introdurre l'aria nelle vie genitali e ne annebbieremo l'entrata con acqua fenica, faremo in modo che la biancheria sia il più possibile pulita attorno alla donna e che siano tolte e portate via sollecitamente le sostanze che facilmente si decompongono in contatto dell'aria, dell'umido e del calore, e manterremo viva la speranza di ottenere dall'Amministrazione un getto di acqua corrente ed in seguito i bagni per la nettezza personale delle incinte.

Non trascureremo il cambio del letto completo dopo l'uscita d'ogni puerpera e per facilitare questa operazione converrà sopprimere il materazzo e sostituire la paglia alle foglie, potendosi quella rivendere per coprire così in parte la maggior spesa per l'aumentato consumo.

Faremo occupare alternativamente le due sale di puerperio disinfettandole col fumo di zolfo; pulendo le pareti e dando libero accesso

all' aria per molte ore e, tutto questo, praticando prima di far occupare la sala nuovamente.

Lavorando così, seriamente, tutti diretti ad uno scopo, dovremo ottenere, nell'anno che corre, non solo mancanza di decessi per infezioni puerperali, ma eziandio mancanza o rarità di infezioni anche leggere o almeno di infezioni gravi poichè pur troppo le precauzioni antisettiche ostetriche potranno difficilmente, in una Clinica, raggiungere l'esattezza, essendo anche difficile che questo si ottenga colla stessa medicazione alla Lister, che pure è diretta da prescrizioni precise.

Corro tuttavia pieno di speranze su questa via, percorsa pure con grande successo da quei miei colleghi, che hanno la fortuna di trattare con amministrazioni, che sono rette da persone di mente elevata, le quali rifuggendo oosì dalle innovazioni imprudenti come dalla ostinazione sistematica e promuovendo e sorvegliando il più scrupoloso miglioramento nelle rendite le destinano alla produzione della maggior somma di bene possibile secondo le mutate condizioni dei tempi.

E tanto più mi sento animato a correre nella via intrapresa, perchè, partito da queste provincie per un viaggio scientifico in paes esteri, dove non era più stato da parecchi anni, se ne tornai soddisfatto per molte buone cose viste e molte cognizioni acquistate e sempre più ammirato per quanto hanno saputo fare le Università te desche in fatto di ginecologia e pediatria, non tornai però umiliato in riguardo a cose ostetriche.

Per amor di patria provai, per questo, una intima compiacenza, poichè se è doveroso lo stare in corrente di ogni progresso che riguarda gli studi cui ciascuno si dedica, da qualunque parte venga il progresso medesimo, è altrettanto doveroso, per un cittadino di una nazione risorta a nuova vita sotto l' egida dell' unità e della libertà, il lavorare attivamente allo scopo di redimere il paese dalla servitù straniera, anche in fatto di scienza. Un paese, che, per dir solo dell' argomento che ci riguarda, ha dato i natali ad un Redi e ad uno Spallanzani i precursori, non mai abbastanza onorati, del metodo sperimentale e delle teorie panspermiche. Le quali nei tempi nostri, per opera dei francesi e dei tedeschi, nel campo scientifico e sperimentale, e di questi e degli inglesi, nel campo della pratica, hanno fatto così grandi progressi e acquistate cotanto utili ed importanti applicazioni quali sono, ad esempio, quelle che si riferiscono *alla cura preventiva delle infezioni chirurgiche e delle infezioni delle puerpere.*

CRONACA
DELL' AMPUTAZIONE CESAREA UTERO-OVARICA

1.° Il 15 dicembre 1880 il Prof. Gustavo Braun praticava in Vienna un' amputazione cesarea utero-ovarica con esito felice per la madre ed il bambino.

2.° Il 20 febbraio 1881 il Prof. Alexander Russell Simpson compieva ad Edimburgo un' amputazione cesarea utero-ovarica in donna rachitica (CV. mill. 60). Il bambino fu estratto vivo. La donna moriva al 3° dì per peritonite.

3.° Il Dott. Cesare Olivieri eseguiva ne' primi giorni di aprile nella Maternità di Napoli (Ospedale degli Incurabili) l' amputazione utero-ovarica a complemento del taglio cesareo. Sventuratamente la donna moriva nelle prime 24 ore.

4.° Togliamo dal *Raccoglitore Medico*, N. 10 del 1881. Il giorno 4 aprile il Dott. Federico Fornari, di Ascoli Piceno, insieme al Dott. Alessandro Ferranti, e colla assistenza dei colleghi G. Morelli ed I. Cantalamessa ha eseguita questa operazione (la amputazione cesarea) per rottura spontanea dell' utero in soprapparto. Il giorno dopo l'eseguito atto operatorio la donna trovavasi in istato soddisfacente. Daremo in seguito ulteriori e più dettagliate notizie. — A complemento di tale notizia leggiamo nell' *Indipendente* di Torino, N. 11, 15 aprile: « L'operata è morta di peritonite dopo 51 ore. Non mi fu concessa l'autopsia. Le dirò solo che prima di subire l'operazione Porro, che durò un' ora e mezza sotto l'anestesia del cloroformio, nelle due ore antecedenti aveva sostenuto tre applicazioni di forcipe allo stretto superiore e poi il rivolgimento podalico che io sopracchiamato completai, avendo trovato il feto colla presentazione della spalla. — La donna (d'anni 27), rachitica, aveva partorito altra volta ed il feto le era stato estratto da altri dopo dura e lunga fatica. Nulla posso dire di preciso sul vizio del bacino. — Dott. F. Fornari. »

L'estirpazione dell'utero canceroso per la via vaginale in Italia.

I casi finora pervenuti a nostra conoscenza sono quattro:

Il primo fu eseguito a Roma dal Dott. Arturo Bompiani; la donna morì.

Il secondo dal Dott. Novaro in Torino con esito letale.

Il terzo dal Prof. Azzio Caselli in Reggio; la donna si spense in 11ª giornata per peritonite consecutiva all' apertura di un ascesso dell'ovajo sinistro nel peritoneo. Di questo importante caso speriamo poterne dare la storia nel Numero di Maggio degli *Annali.*

Il quarto finalmente appartiene al Prof. Bottini ed eccone il *cenno preventivo* che ne dà il Dott. Iginio Tansini, primo assistente alla clinica operativa di Pavia: « Sassi Carolina, d' anni 36, di S. Angelo Lomellina, scevra di precedenti gentilizi, si maritò a 18 anni ed ebbe sei figli. Un anno e due mesi circa or sono cominciò ad avvertire dolori fortissimi all'utero ed a soffrire metrorragie abbondanti. Esperì vanamente alcune cure, e per le continue emorragie ed un certo generale smagrimento si decise a ricorrere alla clinica operativa di Pavia ove entrò il 18 febbraio. Il Prof. Bottini fece diagnosi di carcinoma dell'utero e propose alla donna il temperamento radicale dell'estirpazione totale dell'organo ammalato. Accettata la proposta dall'inferma, il 23 marzo il Prof. Bottini nel teatro della clinica, alla presenza del chiarissimo Prof. Chiara, praticò l'operazione col metodo vaginale. L'operazione procedette regolare e durò circa un'ora. — Trasportata nel proprio letto, la donna non ebbe in seguito a presentare nessun accidente. Il massimo della temperatura fu una volta di 38°,7. Col giorno 5 di questo mese eran caduti tutti i lacci, ed ora, che sono 18 giorni dall'operazione la donna è guarita. »

R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO

diretta dal Prof. Cav. **Domenico Chiara**

Movimento clinico-operativo

DEL 1° TRIMESTRE 1881 (GENNAJO-FEBBRAJO-MARZO)

Gravide accettate durante il trimestre	N.	75
» esistenti al 1° gennaio	»	26
Gravide uscite prima del parto	»	2

L'accettazione ne' tre mesi si divide così:

Gennajo	N.	29
Febbrajo	»	24
Marzo	»	22
Totale . .	N.	75

Parti avvenuti nel trimestre N. 80 — (Gennajo 26, Febbrajo 26, Marzo 28).

Riguardo al modo di effettuazione:

Naturali	64	80
Manuali	4	
Strumentali	12	

Per l'epoca in cui sono avvenuti:

Abortivi	1	80
Prematuri	10	
Maturi	69	

Rispetto ai bambini :

Nacquero vivi bamb. 70 = maschi 34, femm. 36
» morti » 10 = » 4, » 6
Dei nati vivi morirono nel comparto n.º 4 = maschi 2, femmine 2.

Atti Operativi.

Parto prematuro provocato — Cinque volte si ricorse al parto prematuro provocato — 1 sola volta per stenosi pelvica, 3 volte per albuminuria grave, 1 volta per idramnios e gravissima cefalea.

1) N. 1 del 1881 — Stenosi pelvica da rachitide (C. V. 78-80 mill.) - 4ª gravidanza - parti precedenti terminati tutti colla morte del feto. Parto provocato nella 1ª settimana del 9º mese col metodo di Kiwisch. In travaglio si constata presentazione della spalla d.ª d.º post. con maneggi interno-esterni si compie la versione e si abbandona l'espulsione alla natura - il feto nacque asfittico e non si rianimò - all'autopsia si riscontrò tipica degenerazione cistica di ambedue le ovaja. — La donna abbandonava la Clinica in 17ª giornata.

2) N. 8 del 1881 - Gravidanza arrivata alla fine dell'8º mese - idramnios - cefalea gravissima che tormenta la donna da più anni e che a suo dire s' aggrava colla gravidanza e col progredire dell' età di questa. *Rottura artificiale delle membrane colla sonda uterina - estrazione* di un feto anencefalico con spina bifida totale e morto (l'estrazione fu fatta uncinando la bocca del feto colla mano introdotta in vagina) — Puerperio affatto regolare dal punto di vista ostetrico - abbandona la Clinica ancora tormentata dalla cefalea che però sembra un po' meno insistente.

3) N. 12 del 1881 — Primipara - grave albuminuria (nefrite diffusa) - si provoca il parto nel corso dell'8º mese - (dilatazione dell' orificio e collo uterino con cono di tupelo - rottura delle membrane con sci-

ringa) - feto vivo - madre partita dalla Clinica interamente prosciugata e con nubecola di albumina nelle urine.

4) N. 21 del 1881 — Primipara - *albuminuria grave* da nefrite - provocazione del parto in principio dell'8° mese - metodi Krause, Tarnier - rottura artificiale delle membrane - feto vivo - consecutivo e rapido miglioramento della madre; successivamente progressivo deterioramento, cospicui versamenti sierosi in tutte le cavità e morte in 33ª giornata di puerperio. L'autopsia constatò una *nefrite parenchimatosa.*

5) N. 2 del 1881 — Primipara - albuminuria grave da nefrite parenchimatosa. Parto provocato verso la fine del 9° mese - metodo Krause - a dilatazione completa grave accesso dispnoico - si interviene col forcipe Naegele - feto morto - madre morta mezz'ora dopo. All'autopsia nefrite parenchimatosa - versamenti multipli sierosi - grave adiposi cardiaca ed epatica.

Forcipe — 1) N. 14 del 1881 — Vertice nello scavo in OISA con inclinazione bregmatica - insufficienza relativa - forcipe Naegele - l'occipite si porta spontaneamente nella concavità sacrale - feto vivo - puerperio apiretico.

2) N. 276 del 1880 — Forcipe Naegele nello scavo per soverchia lunghezza del travaglio - feto vivo - madre guarita.

3) N. 2 del 1881 (vedi nel parto prematuro provocato).

4) N. 4 del 1881 — Vertice allo stretto inferiore a rotazione interna quasi compiuta - insufficienza delle contrazioni — forcipe Naegele - feto e madre salvi.

5) N. 65 del 1881 — Pelvi rachitico-atrofica CV. mill. 76 - vertice in DT - dilatazione della bocca uterina a 6 cent. - stanchezza della donna - insufficiente il forcipe Naegele - col forcipe Pajot si libera la donna - il bambino viene asfittico e non si rianima - presenta

sul parietale destro una depressione a cucchiaio colla massima profondità di 1 cent. - il parietale è spaccato dall'alto al basso - puerperio apiretico.

6) N. 10 del 1881 — Forcipe Naegele nello scavo - vertice in S. T. (minaccia della vita fetale) espulsione spontanea della testa allorchè è condotta al perineo - rotazione posteriore dell'occipite - lacerazione del perineo lateralmente allo sfintere anale - Perineorafia - esito completo - bambino vivo.

7) N. 172 del 1881 — Pelvi universalmente ristretta (C. V. 83-85 mill.) - testa arrestata allo stretto superiore - dilatazione di circa 5 cent. - Isterostomatotomia - rotazione posteriore dell'occipite e disimpegno in occipite post. (forcipe Naegele) - feto asfittico non rianimato - madre in clinica con puerperio morboso.

Rivolgimento — 1) N. 1 del 1881 (vedi nel p. p. provocato).

2) N. 61 del 1881 — Spalla destra dorso-anteriore - arriva in Clinica ad acque colate da ore - parte che tende ad impegnarsi - si libera la donna col rivolgimento - feto non rianimato (gr. 3700) - madre salva - (puerperio apiretico).

3) N. 64 del 1881 — Spalla destra dorso-post. - Replicati tentativi di liberazione a domicilio durante i quali la donna perde enorme quantità di sangue (notizie avute dai parenti dopo la morte della donna). - In Clinica cloronarcosi e versione che non offre ostacolo - feto premorto bene sviluppato (grammi 3600).

In 4ª e 5ª giornata emorragia che complessivamente non superava i gr. 500, ma che attese le gravi condizioni della donna è sufficiente per determinarne la morte. All'autopsia lacerazione della cervice uterina a sin. che arriva fra i foglietti del legamento largo sin. ma che però non apre in alcun punto il peritoneo - si scorge beante e sporgente un vaso superiore per lume a quello della radiale.

4) N. 69 del 1881 — Vertice allo stretto superiore con procidenza della mano sinistra - rivolgimento - feto vivo - puerperio apiretico.

Embriotomia — 1) N. 3 del 1881 — Spalla destra d.° post. - infruttuosi tentativi di versione a domicilio — evoluzione avviata - complemento coll'uncino acuto - donna guarita.

2) N. 73 del 1881 — Spalla sin. dorso post. con procidenza della mano destra del funicolo e dei due piedi tentativi numerosi a domicilio - liberazione coll'uncino acuto - puerperio normale.

Perineorafia — 1) N. 10 del 1881 — Vedi Forcipe.

Isterostomatotomia — 1) N. 72 del 1881 — Vedi Forcipe.

Nomine. — Il Dott. Ottaviano Marchionneschi venne nominato, nella seduta del 18 febbraio, Membro corrispondente della Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Il Prof. Ottavio Morisani venne nominato Membro corrispondente del Physician's College di Filadelfia.

ERRATA-CORRIGE

Fermometria in Ostetricia, osservazioni del Dott. O. Marchionneschi. Fascicolo di Gennaio.

Pag. 31 — linea prima: $1\text{-}^{2}/_{10}$ leggi $\frac{1}{10} - \frac{2}{10}$

» 32 — » ultima: 0,33 » 36.33

» 33 — nello specchietto, colonna prima fu erroneamente stampato *Grado* — devesi invece leggere: *Gravide.*

Prof. Dott. Domenico Chiara, Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume III. Maggio-Agosto 1881 N. 5, 6, 7 e 8.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

IL PARTO NELLE PRIMIPARE ATTEMPATE

APPUNTI

del Dott. MANGIAGALLI LUIGI

Medico Primo Assistente nell'Istituto Ostetrico di Milano

diretto dal Prof. Cav. DOMENICO CHIARA.

L'indefinito che un illustre critico trovava nella poesia, lo si trova e più nel linguaggio, considerato come mezzo, come strumento con cui noi esprimiamo i nostri pensieri, i nostri concetti, le nostre idee. Non havvi epiteto il quale possegga un significato assoluto, ma la *qualità* che con esso si attribuisce ad un oggetto, ad una persona, variano a seconda dell'abitudine, della tradizione, dell'educazione dei sensi che percepiscono tale qualità. Cosa intendesi per attempato? La scienza non lo determina, la donna non lo ammette per sè stessa, il dizionario lo definisce « che ha molti anni, che è in là cogli anni, ma che pure non è vecchio. » Un plebiscito di donne non risolverebbe la questione, ma neppure un plebiscito di uomini ci darebbe una soluzione concorde del quesito. Prova ne sieno, nel campo ostetrico, coloro che ebbero a trattare l'argomento sovraenunciato. Alcuni considerano come attempate le primipare che hanno oltrepassato i 25 anni, altri non credono tali che quelle arrivate al loro ventisettesimo anno, Cohnstein le aspetta al varco del loro trentesimo anno, ed Ahlfeld, calcolando che dai 17 ai 50 anni svolgasi il periodo di attività sessuale, prende la metà circa di questo, e pone a 32 anni il

Rubicone, oltrepassato il quale, la donna, gravida per la prima volta, assume la qualifica di attempata ed è minacciata da tutti quei pericoli che molti e molti ostetrici si sono presi la cura di enumerare. Dovendo pur scegliere un dato che mi servisse di punto di partenza e di raffronti, mi sono elevato ancora un pochino sul ramo ascendente della parabola della vita ed ho scritto la parola « attempata » al trentacinquesimo anno e da quest'epoca ho cominciato le mie ricerche. Se questo lavoruccio avrà qualche lettrice, questa me ne sarà forse grata, ma più che alla gratitudine, aspiro alla verità scientifico-clinica. O il quadro dato dagli autori che hanno svolto tale argomento corrisponde alla verità, ed allora le tinte del quadro, che verrò abbozzando dopo le mie ricerche, dovrebbero essere ancor più fosche, oppure io giungo a risultati diversi ed essi saranno tanto più attendibili inquantochè le mie indagini riguardino primipare ancora più attempate che non quelle prese in esame dagli studi antecedenti. Le mie ricerche vennero fatte col consenso del Prof. Chiara sulle donne accolte in questo Ospizio nel decennio 1871-80.

Se noi passiamo in rassegna la letteratura ostetrica non c'è malanno che non incolga la primipara attempata nella gravidanza ed all'atto del parto. Io non farò che sfiorare la parte storica. Deventer (citato da Cohnstein) accenna alla difficile dilatazione della bocca uterina: « os uteri tam crassum et prædurum ut ægre aperiatur, idque plurimum venit iis, quæ provectioris jam ætatis sunt in primo maxime enixu. » Mauriceau gli tiene bordone ed accusa altresì la saldatura del coccige. Sentiamolo: a pag. 210 scrive: « le parti che sono più secche e più dure non ponno così facilmente cedere ad una dilatazione necessaria; oltre di ciò le vecchie hanno l'articolazione del groppione più difficile, che però non cede così facilmente all'uscita del figliuolo, come nelle giovani che hanno quella parte anche tutta cartilaginosa (1). » Venendo ai moderni, Pajot, citato da Lizé, nella terza lezione del suo corso, così si esprimeva: « Les anciens qui croyaient que la soudure du coccyx était la cause des difficultés qu'on rencontre chez les primipares âgées, étaient dans l'erreur: ces difficultés dépendent de la periode de dilatation du col qui

(1) *Trattato delle malattie delle donne gravide e delle infantate.* — 1684, traduzione italiana.

est plus longue et de la resistance des parties molles; il y a là, passez moi l'expression, comme une espèce de raccornissement général (1). » Che sia difficile mantenere intatto il perineo, lo dicono Wigand, Tanner, Michaelis. Naegele e Grenser accettano una maggior indisposizione delle primipare attempate alle convulsioni eclamptiche. Elias v. Siebold mette a carico dell'età alterazioni del secondamento, ed Hugenberger le dichiara più proclivi alle forme puerperali. Persino la mania puerperale avrebbe, secondo Tuke, preferenze per le primipare attempate. E la lista dei tristi accidenti non sarebbe ancor finita, poichè fuvvi anche chi in esse trovò una maggior predisposizione per la gravidanza extrauterina e per la placenta previa. Ahlfeld, uno degli ultimi il quale studiasse questo argomento, conchiude: « Dass die Geburten älterer Erstgeschwängerten im ganze ungünstiger verlaufen als die der übrigen Erstgeschwängerten: (che i parti nelle primipare attempate decorrono in complesso più sfavorevolmente che nel resto delle primipare) (2). » In mezzo a questo coro di desolazione, qualche voce consolatrice si fa udire, e qualche raggio di luce viene a rallegrare la triste scena. « Il n'est pas un accoucheur — scrive M.me Lachapelle — qui ne redoute un premier accouchement chez une femme de trente, trente-cinq à quarante ans, il n'est pas une femme de cet âge que ne voie avec effroi arriver le moment de sa première couche. L'experience m'a trop souvent prouvé la fausseté de ces préventions pour que je puisse les adopter. Sans doute, on voit souvent le travail lent et pénible chez une femme âgée et qui n'a point eu d'enfants: mais n'en est il pas de même des plus jeunes? La proportion, y'ose l'assurer, est parfaitement égale. Si quatre sur dix ont parmi les jeunes primipares un accouchement facile, quatre sur dix parmi les plus âgées accouchent avec promptitude et facilité (3). »

Nel decennio accennato raccolsi 60 osservazioni di parto in primipare che avevano raggiunta o sorpassata l'età di 35 anni. Per l'età esse sono così divise:

---

(1) Lizé. *Note pour servir à l'étude clinique de l'accouchement chez les primipares âgées.* (*Annales de Gynecologie,* 1878.)

(2) *Die Geburten älterer Erstgeschwängerten. Archiv b. Gynaeko* (IV. Bol. III, H).

(3) M.me Lachapelle. *Premier Mémoire*, pag. 50.

Da 35 a 40 anni . . . . . N. 48
Da 40 a 45 anni . . . . » 11
A 50 anni . . . . . » 1

Nella statistica di 393 primipare oltre il trentesimo anno, raccolta da Cohnstein nelle diverse pubblicazioni scientifiche, non figurano che due primipare a 50 anni, una tolta a Zhuber, l'altra ad Holst. Faremo più tardi il bilancio di quelle 60 osservazioni e vedremo se l'osservazione nostra confermi o meno il quadro sconfortante che i più ci hanno tratteggiato su tale argomento. Nello studio del vero noi possiamo avere tre scopi fondamentali: scoprire il vero quando lo si ricerchi; dimostrarlo quando lo si possieda, discernerlo dal falso quando lo si esamini. Nell'analisi del materiale raccolto in quest'Ospizio, è specialmente quest'ultimo obbietto che io avrò di mira, potendosi appunto da osservazioni clinicamente ben fatte, non cogliere che l'ammaestramento superficiale che esse ci offrono e che presenta le parvenze del vero, mentre invece questo è più profondamente nascosto. Ma se le osservazioni cliniche col variare delle interpretazioni possono e devono condurre a conclusioni diverse, qualche volta opposte, non possiamo noi indagare per altra via se possano addursi fatti generali che costituiscano un fondamento, una base fisiologica o se vuoi razionale della dottrina clinica che fa della primipara attempata una vittima quasi votata al sacrificio? Si considerarono come tali:

1° La saldatura e la ossificazione dell'articolazione sacro-coccigea;

2° La rigidità dei tessuti materni che costituiscono il canale genitale che dev'essere attraversato dal feto (bocca uterina — vagina — ostio vaginale — ostio vulvare — perineo, specialmente la prima);

3° Il maggior sviluppo dei feti e la maggior lunghezza del diametro biparietale nei bambini nati da donne attempate.

Se tali fattori si riscontrassero realmente nella pratica, noi avremmo una base fisiologica per ammettere che nelle primipare attempate l'*atto del parto* possa incontrare ostacoli speciali ad essi dovuti. Ma tali condizioni esistono desse realmente? Già Pajot, il quale mostrasi convinto della maggior difficoltà del parto nelle primipare attempate, ripudia, in ciò preceduto e seguito da molti, l'ipotesi della saldatura del coccige, che per consenso quasi unanime degli anatomici è un fatto che può riscontrarsi al di là dei

40 anni, ma in modo eccezionale e tale quindi da non doversi portare in campo come causa di effetti che vorrebbonsi costanti. Chè anzi anche delle cinque vertebre rudimentali che compongono il coccige, è noto, come mentre le ultime facilmente si saldano le une colle altre, le prime invece mantengono molto a lungo e spesso permanentemente libertà di movimenti come ce ne assicura Sappey. D'altra parte, non è necessaria una completa retropulsione del coccige per permettere lo svolgimento del diametro sotto-occipito-frontale, il massimo che, nelle presentazioni del vertice, viene a confrontare l'antero-posteriore del distretto inferiore nel movimento di estensione. Ma data e non concessa anche la saldatura del coccige, per mia parte sono persuaso non doverne venire ostacolo grave all' espulsione del capo, in virtù della cedevolezza dei tessuti che riempiono lo spazio tubero-coccigeo, per cui tutt'al più si osserverà, come abbastanza frequentemente in ogni condizione, un disimpegno leggermente obliquo. In un caso recente, in una signora la quale presentava la parte inferiore del sacro inclinata ad angolo aperto all'avanti in conseguenza di una consolidazione viziosa di antica frattura, non osservai inconvenienti di sorta. Ma l'altro fattore, la rigidità dei tessuti materni è poi desso reale, constatato? Questa rigidità corrisponde essa ad una speciale alterazione istologica del contesto di questi tessuti, possiamo noi determinarla anatomicamente, ovvero è una di quelle parole, di quelle frasi che si è soliti ad accettare senza discuterle, probabilmente perchè la nostra mente è desiderosa di quelle espressioni che non contengono indicazioni positive, che lasciano aperto l'adito a diverse interpretazioni e che permettono restrizioni ed ampliamenti di significazione? Quando mi si dice le parti che costituiscono il canale genitale nelle primipare sono meno cedevoli, meno distensibili che nelle pluripare, in cui hanno già sofferto ripetuta distensione, è un concetto facile, piano, che ognuno comprende. Ma quando mi si dice nelle primipare di trent'anni tale rigidità essere maggiore che non a venti, è qui che il concetto comincia a farmisi nebuloso. Forsechè nelle primipare attempate il collo non subisce le modificazioni proprie della gravidanza? Ma nessuno lo ha affermato: forsechè tale pretesa rigidità può confondersi con quelle modificazioni di tessitura che si compendiano col nome di involuzione senile? Ma nessuno lo ha asseverato, e qui non si tratta di fragilità nè friabilità, ma di resistenza aumentata, di rigidità accresciuta, e poi chi vorrà ammettere nelle

primipare che hanno raggiunto i 30 anni una involuzione senile? Si potrebbe obbiettare: se il concetto racchiuso nella parola rigidità è oscuro, se anatomicamente noi non possiamo chiarirlo, definirlo, noi possiamo fisiologicamente e clinicamente, nell'alterata funzionalità constatare un effetto di essa, noi possiamo cioè constatare che tali parti si dilatano meno, e meno presto nelle primipare attempate. Ahlfeld, il quale ha fatto tali ricerche, è venuto precisamente a tale conclusione. Egli trovò notata la durata del travaglio in 87 protocolli, e ne dedusse una media di ore 27,6 per le primipare attempate invece di 20 ore e 48 minuti, come egli aveva trovato per le primipare in genere; ma Ahlfeld dimenticò di indicarci di quali pelvi si trattava, e vedremo più oltre di quanta capitale importanza sia tale indicazione. Eguale ricerca ho io fatto per le 60 osservazioni sovraccennate. Ebbene, a pelvi normale, ho trovato una media di ore 12 e 17 minuti pel periodo dilatante, di ore 2 e 27 min. pel periodo espulsivo.

Sotto veste più scientifica e con forma più precisa e determinata, si presenta al nostro esame il terzo dei fattori indicati, cioè lo sviluppo del feto in rapporto all'età della madre. Era opinione generalmente invalsa che nelle pluripare si osservasse uno sviluppo maggiore dei feti in confronto colle primipare. Tali risultati vennero messi recentemente in dubbio da un lavoro del Dott. Marchionneschi. In ricerche statistiche da me compiute e che verranno consegnate nel rendiconto clinico di prossima pubblicazione, io sono venuto a conclusioni che mentre confermano quelle di Marchionneschi in altri punti importanti, se ne discostano alquanto per questo riguardo. Notisi per altro che io ho fatto tali ricerche prendendo per punto di confronto la lunghezza del feto: comunque qui non si tratta di sapere se i bambini messi alla luce in parti successivi siano più o meno sviluppati di quelli avuti in parti antecedenti, ma bensì di fare il raffronto tra primipare attempate e non attempate, di sapere cioè se dalle prime, per il fatto puro e semplice della età inoltrata, si generino feti più sviluppati che non dalle seconde. Ora a questo riguardo la questione è stata singolarmente svisata: se noi ricerchiamo gli scrittori i quali si sono occupati di indagare l'influenza dell'età della madre sul peso e sulla lunghezza dei neonati, molte fiate ci sarà dato di leggervi come Duncan avesse già cercato di mettere il maggior sviluppo dei figli delle pluripare in rapporto colla maggior età di queste. Dalla lettura della

memoria di Duncan ricevetti una impressione ben diversa. A me parve anzi che scopo di Duncan fosse il dimostrare esservi una certa correlazione tra il grado dell'attività sessuale e lo sviluppo del feto, e che questo procedesse parallelamente a quella e che col crescere e diminuire dell'una di pari passo procedesse l'aumento o la diminuzione dell'altro. Mi servino le seguenti citazioni. Duncan, nella sua memoria (1) su tale argomento, scrive: « a careful study of the weights and lengths of newly-born mature children lends support to the doctrine that the vigour of the female reproductive system waxes till the age of about 25 years is reached, and then wanes; (un accurato studio del peso e della lunghezza dei neonati maturi fornisce un appoggio alla dottrina secondo la quale il vigore del sistema riproduttivo femminile aumenta finchè è raggiunta l'età di circa 25 anni e quindi diminuisce) » E qualche pagina prima: « I Have often heard that an old primiparous woman passes through labour more easily than one somewhat younger, and we may possibly find this also accounted for by the comparatively small size of children born in the late periods of fecundity. (Io ho soventi udito che una vecchia primipara ha un travaglio meno laborioso che non una alquanto più giovane, e noi possiamo forse trovare la ragione di ciò nel diametro relativamente piccolo dei fanciulli nati nei periodi tardivi della fecondità). »

Riporto qui anzi le tavole di Duncan che indicano la media del peso e della lunghezza dei feti generati da madri di differente età.

Tavola risguardante il peso.

Età della madre	*Peso medio dei feti*			
Anni 15-19	Libbre	6	oncie	15.711
» 20-24	»	7	»	3.547
» 25-29	»	7	»	6.463
» 30-34	»	7	»	4.281
» 35-39	»	7	»	4.388
» 40-44	»	7	»	2.526
» 45-49	»	6	»	14.666

(1) *On the weight and length of the newly-born child in relation to the mother's age.* (*Edinburgh Medical Journal*, 1864, p. 497).

Tavola risguardante la lunghezza.

Età della madre	*Media lunghezza dei feti*
Anni 15-19	Pollici 19.007
» 20 24	» 19.168
» 25-29	» 19.355
» 30-34	» 19.229
» 35-39	» 18.899
» 40-44	» 18.910
» 45-49	» 18.166

Da queste tavole risulta come col crescere dell'etá della donna ad un certo punto vi sia diminuzione tanto della lunghezza quanto del peso del feto.

Nelle 60 osservazioni di parti in primipare attempate ho voluto ricercare il peso, ed il biparietale dei feti in rapporto colla lunghezza, cominciando dai feti che avevano raggiunto i 47 ctm. I risultati sono indicati nel seguente quadro:

Lunghezza dei feti	*Num. dei feti*	*Peso medio*	*Media del bipariet.*
47-48 ctm.	14	2640.57	86.14
48-49 »	7	3022.14	88.28
49-50 »	10	3100.00	89.30
50-51 »	6	3097.16	88.83
51-52 »	3	3158.33	87.66
oltre i 52	1	3201	85

Da ricerche invece fatte sulle primipare indistintamente e consegnate nel rendiconto accennato (1875-79), sono venuto ai seguenti risultati:

Lunghezza dei feti	Maschi			Femmine		
	Num. dei feti	Peso medio	Media del Bp.	Num. dei feti	Peso medio	Media del Bp.
47-48 ctm.	8	3011.66	88.43	11	3005.45	87.09
48-49 »	21	3168.07	90.19	12	3112.50	89.83
49-50 »	31	3225.80	89.87	18	3312.77	90.11
50-51 »	18	3320.35	89.22	10	3484.00	89. 2
51-52 »	10	3516.00	92.80	6	3490.00	90.83
oltre i 52	3	3773.33	92.33	—	—	—

Basta fare il confronto tra questi due quadri per vedere quanto le attempate e nella media del peso ed in quella del Bp. messe in confronto colla lunghezza stiano al disotto delle primipare prese in blocco non solo, ma anche per dimostrare come nelle prime siano meno frequenti i feti molto sviluppati.

Riguardo al sesso dei nati si avrebbero 33 femmine e 29 maschi (2 p. gemelli), rapporto questo che contraddirebbe al risultato ottenuto da Ahlfeld, il quale si serviva del rapporto inverso (124-140 maschi su 100 femmine) per combattere la legge Hofacker-Sadler sulla produzione dei sessi.

Ma poichè i fattori enunciati a sostegno della dottrina qui avversata e combattuta non trovano appoggio nelle ricerche da me praticate, vediamo ora quale sia invece il responso della clinica:

Parti semplici N. 58 — gemelli N. 2.
» spontanei N. 40 — artificiali N. 22.
Presentazioni. Vertice N. 53 — Natiche N. 8 — Spalla N. 1.
Operazioni praticate. Estrazione N. 3 — Forcipe N. 7 — Sbrigliamento del collo N. 2 — Provocazione di parto N. 2 — Embriotomia N. 5 — Taglio cesareo N. 3.
Lacerazioni perineali N. 2 di secondo grado.
Donne morte N. 9.

Chi considerasse questa statistica senza ulteriore analisi e di tali elementi si servisse per abbozzare il suo quadro, questo riescirebbe di tinte così fosche, quali forse nessun ostetrico trasse sinora dalla sua tavolozza. Un numero enorme di atti operativi e la mortalità spaventevole del 15 per cento! Ma delle 9 donne morte tre erano state operate di taglio cesareo, una di embriotomia, un'altra di parto prematuro provocato, una donna morì di eclampsia da nefrite un'ora dopo un parto abortivo (feto del peso di grammi 185), una donna di pleurite destra, due di setticemia consecutiva a parti spontanei, ma in questi tre ultimi casi la durata complessiva del travaglio fu rispettivamente di 9 ore, di 12 ore, di 19 ore. Quale quindi di queste morti potrà attribuirsi all'elemento *età avanzata?* Ma un altro elemento importante si presenta nella discussione quando si consideri che sopra 50 donne si ebbero 32 pelvi più o meno gravemente viziate, il che spiega il numero ingente di operazioni praticate. Chè se noi teniamo calcolo soltanto delle pelvi normali, allora gli atti operativi si riducono:

ad una estrazione di feto abortivo (peso gr. 185);

ad una estrazione, previo sbrigliamento del collo dilatato a 4 ctm., ma in donna minacciata da asma gravissimo, di cui era abitualmente sofferente, per cui l'indicazione dello sbrigliamento venne fornita, non dalla rigidità del collo , ma dalla necessità di por fine prontamente al parto, a scopo medico;

a tre applicazioni di forcipe, di cui due per minaccia di asfissia del feto ed una per mancata rotazione in una occipito-posteriore. Si vorrà dunque mettere a carico dell'età avanzata l'ingente numero di viziature pelviche ed il conseguente numero di atti operativi? Dunque mentre da una parte non è dimostrata nelle primipare attempate la presenza di fattori insiti in esse e dovuti al fatto stesso dell'età (quali saldatura del coccige, rigidità aumentata delle parti molli, maggior sviluppo del feto) i quali circondino il parto di maggiori difficoltà e ne aggravino il pronostico, sta dall'altro il fatto che il bilancio clinico delle primipare attempate ci si presenta alquanto triste. Ma di ciò troviamo facile spiegazione in una legge naturale, e ce la addita il numero considerevole di viziature pelviche. *Moltissime di queste donne, appunto per le loro deformità, sono sfuggite per un tempo maggiore alla legge dell'amore legale od illegale, che fa dell' uomo un ricercatore di una moglie o di un' amante , ed è la dote di deformità fisiche da loro portate al talamo che aggrava il pronostico del parto nelle primipare attempate.*

ESTIRPAZIONE TOTALE DELL'UTERO

PER LA VIA DELLA VAGINA

ASPORTAZIONE ATTRAVERSO LA VAGINA

D'ENORME FIBROMA SOTTO-SIEROSO UTERINO SVILUPPATO NEL LEGAMENTO LARGO SINISTRO

eseguite da

CASELLI AZZIO

I.

Nel febbrajo ultimo scorso veniva accolta nell'Ospedale di S. Maria Nuova in Reggio Emilia la *Vezzani Giuditta* d'anni 34. Scevra da qualsiasi elemento morboso gentilizio, narrava d'avere scorsa una giovinezza immune da ogni malattia, se si eccettui qualche disturbo ammenorroico nello stato nubile e dismenorroico nei primi tempi del matrimonio che avvenne a 29 anni. Niun altro malore l'afflisse fino al 33° anno, epoca in cui, dopo lungo lavoro durante la stagione invernale essendo stata colle gambe nell'acqua fredda, cominciarono intense sofferenze addominali con forti periodiche metrorragie che mai cessarono di tormentare l'inferma.

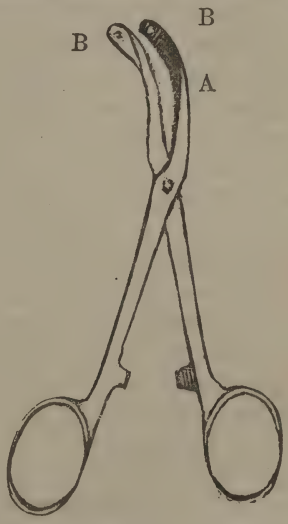
All'esame si presentava d'un aspetto altamente anemico, stremata di forze, saltuariamente febbricitante. Dai genitali, quando non scolava sangue, esciva un liquido tenue, icoroso, enormemente fetido, commisto a lacerti di tessuto necrotizzato. L'esplorazione digitale faceva sentire tutta la vagina occupata da una massa molle, mobile e divisa in molti mammelloni raffiguranti i cotiledoni d'una placenta rovesciata; questa massa aveva il volume di un grosso pugno ed origine dal collo uterino il quale però non riesciva accessibile al tatto stante la sua altezza anormale. L'esplorazione

pel retto alla *Simon* faceva sentire il corpo dell'utero quasi triplo del normale levigato ed uniforme in tutta la superficie esterna, mentre i legamenti ed i loro accessorî conservavano le dimensioni ed i rapporti naturali; la mobilità dell'organo era mediocre, ma, uncinando il fondo colle dita e spingendolo in basso, s'incontrava molta difficoltà per la rigidezza dei legamenti larghi. Si fece diagnosi di *epitelioma papillomatoso del collo dell'utero diffuso all'interno del corpo* e si dichiarò necessaria l'asportazione *in toto* dell'organo, operazione alla quale di buon grado annuì l'inferma. Era però d'uopo aprire un varco ai mezzi traenti sull'utero asportando la massa papilliforme che occupava il canal vaginale; e questo facilmente si ottenne mediante ansa galvanocaustica applicata il 5 marzo, colla quale si asportarono 67 grammi di tessuto che all'esame microscopico, tanto io quanto il mio valente amico Prof. Foà di Modena, riconoscemmo per *epiteliare papilliforme.* Dopo tale atto operativo si sentì l'orificio uterino molto smarginato e friabile contenente monconi di tessuto mobile, di consistenza uguale all'asportato e che si diffondeva entro la cavità uterina.

Dietro adatta disinfezione e preparazione dell'inferma *secundum artem,* eseguii l'8 marzo, la estirpazione completa dell'utero per la via vaginale nel modo che dirò: cloroformizzata la paziente e collocatala nella posizione degli operandi di cistotomia, vuotata la vescica ed applicato lo *Speculum Corradi,* l'ostio vaginale non mi forniva sufficiente campo, ed allora incisi leggermente la forchetta, afferrai con una pinza uncinata il collo uterino, ma ben presto m'avvidi che essa perdeva la presa; nè più felici furono le applicazioni d'una seconda e d'una terza pinza. Rinunciai allora all'idea di una presa e d'una trazione preventiva affidandomi invece al sistema di prepararmi un varco al cavo addominale mediante la dissezione di uno dei fornici. Nè fu l'anteriore che io preferii d'incidere, perchè, essendo molto smarginato il labbro vescicale dell'utero, una duplicatura della vagina veniva ad occupare il campo su cui avrei dovuto operare, ma prescelsi invece il posteriore formando un piccolo lembo vaginale a semiluna, con convessità inferiore, lasciandolo aderente al labbro rettale dell'utero, acciò mi servisse di presa ad una forte pinza levapalle per stirare il margine anteriore dell'incisione durante la dissezione del fornice posteriore. Inciso infatti largamente il cul di sacco posteriore della vagina e distaccato il lasso tessuto cellulare che separa l'utero dal retto,

misi allo scoperto la piega del *Douglas* che, dopo incisa, lasciommi penetrare colle dita nel cavo peritoneale; ma nè l'anomala altezza dell'utero, nè la disposizione dei genitali esterni mi permisero d'arrivare colle dita oltre la metà dell'altezza del corpo dell'utero senza giungere con manovra alcuna ad uncinare colle dita il fondo del medesimo. Fu d'uopo allora ricorrere agli strumenti; e, mediante uncini portati lungo la faccia palmare delle dita, mentre la superficie dorsale di queste proteggeva la massa intestinale irruente attraverso la breccia fatta, fu agevole afferrare l'utero, stirarlo in basso e, con successive applicazioni degli strumenti a diverse altezze (fino a raggiungere il fondo dell'organo), renderlo accessibile alla mano e in tal modo possibile il capitombolo posteriore. Fu tosto trapassato il corpo dell'utero con un grosso ago portante un doppio cordone di seta per rendere più facile la trazione in basso. Un sottil getto di soluzione al 2 %, che fin dal principio dell'operazione irrorava la vagina, lavò copiosamente il cavo peritoneale aperto.

Intanto ai lati del viscere extroflesso presentavansi le due masse legamentose uterine, sulle quali dovevasi agire. Mediante *Klemmer*, da me modificato alla foggia della qui unita figura, curvo cioè sul piatto nella porzione A e munito di due finestre alle estremità BB, tenendolo aperto e portando nella finestra della branca inferiore un cordoncino di seta *Lister*, formai un primo fascio a destra, comprendente la tuba, che fu allacciata al di fuori della pinza chiusa fra il laccio e l'organo da asportarsi. Un secondo fascio comprese la porzione media del legamento rotondo; s'incisero questi fasci all'interno del *Klemmer* rasentando l'utero; si ripetè altrettanto a sinistra, poscia si passò alla dissezione del fornice anteriore e, distaccata accuratamente la faccia anteriore dell'utero dalla vescica, si lasciarono due piccoli ponti laterali nella vagina corrispondenti alla base dei legamenti larghi. Dalla breccia anteriore alla posteriore dei fornici



vaginali si passarono a destra e a sinistra due cordoncini che vennero affidati a due serranodi di *Koeberle.* S' incisero i tessuti ad un centimetro di distanza dal luogo di strozzamento e l'utero fu rimosso completamente dalla sua sede. Abbondanti lavature fenicate, un tubo ad U finestrato colla convessità in alto, lo stiramento ed attorcigliamento dei lacci in vagina a forma di funicella, poche pallottole di cotone fenicato ed alquanta garza *Lister* completarono la medicatura. L'operazione non oltrepassò la durata di un'ora.

L'utero asportato misurava 14 cent. in lunghezza e 7 nel diametro trasverso; la sua superficie esterna era perfettamente sana ed integra. Apertolo si vide la neoplasia invadente tutta la cavità dell'organo ed interessante quasi metà dello spessore delle pareti uterine. L'esame microscopico confermò nuovamente la diagnosi di *epitelioma.*

L'operata, riavutasi da un legger grado di collasso, venne di frequente disturbata da conati di vomito. La temperatura dopo qualche ora si rialzò e nella sera raggiunse i 38,7. Nei tre giorni successivi all'operazione lo stato generale fu lodevole, la temperatura raggiunse 39, ma notossi una continua discesa dietro le disinfezioni vaginali e peritoneali d'acido fenico al 10 % che regolarmente si ripeterono di tre in tre ore; così pure ogni quattro ore venne col cateterismo vuotata la vescica.

Il letto fu rialzato mediante due mattoni sottoposti alla parte del capo, per dare un piano inclinato al corpo della paziente. In quinta giornata la temperatura discese a 38; ma manifestatisi dei sintomi di carbolismo, si sostituì la medicatura coll'acido salicilico facendo con una soluzione al 20 per mille tanto le lavature vaginali quanto le peritoneali; cominciò allora la caduta di qualche laccio dei legamenti e i due serranodi vennero stretti.

Dal 5° all'8° giorno furonvi alternative di benessere e di collasso al quale si riparò con analetici ed eccitanti. Tutti i lacci caddero, compresi quelli dei serranodi, e ciascun laccio portava all'estremità corrispondente al nodo un lacerto di tessuto cancrenato. Le cose decorsero abbastanza regolarmente fino alla 10ª giornata; le dejezioni alvine giornaliere, le evacuazioni della vescica spontanee, la nutrizione abbastanza sostenuta; però la temperatura tocca i 39. Nella sera di tal giorno cominciò una forte dispnea, la temperatura s'innalzò a 40, il polso si fece piccolo e filiforme, l'addome si fece tumido, ed un vivo dolore alla fossa iliaca destra tormentò l'inferma.

Niun mezzo terapeutico posto in opera valse a scongiurare il pericolo imminente, talchè nel meriggio dell' 11° giorno l'operata cessò di vivere.

Necroscopia 24 ore dopo la morte.

L'apertura peritoneale corrispondente all'utero asportato era ridotta ad un diametro di circa 3 cent.; i contorni del cercine peritoneale arrotondati e lussureggianti di granulazioni; nessuna traccia dei punti in cui furono applicati i lacci. Tutta la breccia peritoneale era occupata dall' ovajo sinistro quadruplicato di volume ed attorniato da pus icoroso. Tolto di posto quest'ovajo, lo si trovò sede di un ascesso apertosi nel cavo del peritoneo; e per un' area estesa tutt' all' intorno dell' ovajo suppurato una peritonite pure suppurativa. Trovossi anche una pleurite sinistra purulenta. È degno di nota che il colon discendente aveva una lunghezza più che doppia del normale e che descriveva un' ansa colla concavità rivolta a destra in modo che il centro dell'ansa toccava l'intestino cieco.

II.

Nel 16 Marzo del corrente anno fui invitato dal distinto mio collega Dott. Ferrari a visitare una donna nei suburbj di Reggio, certa *Mainini Filomena* d' anni 44, la quale da tre giorni portava al di fuori dei genitali un enorme tumore gemente sangue ed icore. Il locale maladatto in cui trovavasi l'inferma e la sporcizia da cui era attorniata, resero impossibile un accurato esame, talchè mi decisi a far tosto trasportare la paziente nelle mie sale dell'Ospedale.

Fatta eseguire una completa disinfezione, sia generale che locale, nel mattino del 17 mi accinsi ad esaminarla, avendo già disposto quanto poteva occorrere per un atto operativo qualora vi fosse stata indicazione. Ebbi la fortuna e l' onore che tale esame e successiva operazione fossero presenziati dall' Onorevole Prof. *Egger* di Berlino il quale trovavasi in peregrinazione scientifica per l'Italia.

L'anamnesi ci dava che la Mainini nacque da genitori sani, che fu mestruata a 16 anni e sempre regolarmente. A 31 andò a marito e partorì quattro volte; nell' ultimo parto fuvvi distocia per la quale occorse l'intervento dell' ostetrico e l' applicazione del forcipe. Durante il successivo puerperio essa s' accorse d' un

corpo che le protundeva dalla vagina senza però uscire dalla vulva; le sofferenze si fecero forti e, per sei anni continui, i dolori non diedero mai tregua, nè cedettero dietro l'applicazione di diversi pessari che da taluni medici furono applicati. Il corpo anomalo, che prima presentavasi soltanto alla vulva, qualche volta cominciò ad uscire mostrandosi sotto forma d'un grosso ovo di tacchina, ma con facilità veniva ridotto; da molti mesi però non era più fuoruscito e soltanto tre giorni prima ch'io fossi consultato, sotto premiti e contrazioni espellenti era uscito dai genitali esterni l'immenso tumore che cadeva sotto il nostro esame. Aveva una forma elissoide col diametro maggiore di 38 cent., col minore di 18, a superficie globosa di colore grigiastro con arrossamento in alcuni punti, di consistenza dura fibrosa in taluni punti; molle e quasi fluttuante in altri. Introducendo il dito al di là dall'ostio vaginale a destra, si trovava lungo la branca discendente del pube un orificio di forma elittica di tal larghezza da lasciarvi penetrare la punta dell'indice. Tale apertura si riconobbe per l'orificio uterino ed, introdottavi la sonda, si constatò che la cavità dell'utero aveva le sue dimensioni normali. La sondatura della vescica ci fece edotti della nessuna partecipazione e rapporto di quest'organo col tumore fuoruscito. Girando attorno al tumore col dito entro la vagina sentivasi un peduncolo del diametro di oltre 4 cent., corrispondente al fornice laterale sinistro, peduncolo che inoltrandosi nell'addome andava ad impiantarsi nel legamento largo sinistro. La mucosa vaginale senza interruzione di sorta ricopriva tutta questa grande massa ed i movimenti impressi al tumore venivano comunicati al corpo dell'utero. Feci diagnosi di *tumore sviluppato in grembo al legamento largo dell'utero con aderenze laterali all'utero stesso;* e per quanto riguardava la natura oscillai tra il *fibromioma* e il *fibromixoma* essendovi una parte dura e resistente mentre l'altra era molliccia e quasi fluttuante. La parte più consistente era l'interna, cioè quella corrispondente all'utero, e rappresentava quasi un terzo della massa del tumore.

Stabilita così la diagnosi, intrapresi tosto l'operazione, previa cloronarcosi e svotamento della vescica; un getto sottile d'acqua fenicata al 2 % irrorò continuamente il campo dell'operazione. Praticai un'incisione semilunare anteriore all'intorno del peduncolo, e poscia una posteriore che si ricongiunse alla prima; interessata la vagina a tutto spessore, misi allo scoperto il peritoneo;

introdotto il dito lungo il peduncolo, si sentì che questo si divideva in due masse, una dura e resistente aderente al lato sinistro dell'utero; l'altra molle e più voluminosa, s'inoltrava nel legamento largo sinistro. Feci una breccia nel cul di sacco del peritoneo, trascinai all'infuori tutto il punto d'impianto del tumore e, mediante i *Klemmers* da me modificati, divisi in cinque fascetti ed in altrettante allacciature tutto il peduncolo molle. Non così potei fare della porzione fibrosa impiantata nell'utero, perocchè le aderenze erano straordinariamente intime e di natura tale da non poter essere trattate colle allacciature; allora usai del bisturi e distaccai tutto quanto del tumore restava ancora aderente al viscere, ma strabocchevole fu l'emorragia a nappo che da centinaja di boccucce si manifestò; il caustico *Paquelin* col grosso bottone riscaldato a bianco frenò istantaneamente la perdita di sangue e tosto potei procedere alla medicatura. L'operazione durò 45 minuti.

Nei cinque fasci legati della porzione molle del peduncolo, vedeansi molte bocche di vasi aventi il diametro di grosse radiali; collocai un grosso tubo a drenaggio nel cavo del peritoneo ed un secondo nella vagina, tamponando questa con cotone fenicato. Ordinai si facessero di tre in tre ore le lavature con soluzione d'acido salicilico, ed ogni quattro ore il cateterismo vescicale. L'operata si svegliò in condizioni molto buone senza sintomi di collasso.

Il tumore asportato pesava 1480 grammi; incisolo longitudinalmente, mostravasi composto di due tessuti ben distinti quali erano stati diagnosticati *in situ;* l'involucro esterno era formato dal tessuto vaginale inspessito nella mucosa, assottigliato e smagliato negli altri strati. Nell'unione del terzo medio col terzo superiore trovavasi un corpo del volume d'un ovo di gallina, incapsulato in una membrana lucida e madreperlacea, avente l'aspetto d'un ovajo ingrossato. L'esame microscopico, praticato tanto da noi quanto dal Prof. *Foà* di Modena, dimostrò che tutto il tumore era un *fibromioma sotto-sieroso* in alcuni punti compatto, in altri col connettivo molto lasso; quel nodo simulante l'ovajo era anch'esso un *fibromioma* duro.

Nulla di anomalo turbò consecutivamente l'ammalata. Nei primi giorni fuvvi vomito, la temperatura toccò poche volte i 39 gradi. I lacci caddero tutti in ottava giornata ed in capo ad un mese dall'operazione il luogo d'impianto del tumore e l'incisione fatta

erano completamente cicatrizzati. Nel 4 aprile, diciottesimo dall'operazione, l'operata abbandonò il letto e coi primi di maggio lasciò l'Ospedale ristabilita al segno da poter liberamente percorrere a piedi lunghi tratti di strada.

CONSIDERAZIONI.

Fu con viva compiacenza ch'io lessi un lavoro di uno dei più valenti giovani Ginecologi Italiani, il Dott. *Bompiani* di Roma. Da lui vengono consigliate e proposte alcune modificazioni nel processo operatorio dell'estirpazione dell'utero col metodo vaginale, in gran parte identiche a quelle ch'io posi in opera nella donna di cui nella prima storia qui unita. Io completamente ignaro de' suoi studi e delle sue proposte, fondandomi sull'idea di voler colmare certe lacune esistenti nel processo operatorio e di voler rimediare a molti degli inconvenienti che man mano sorsero durante l'operazione, percorsi la stessa via del distinto mio Collega Romano e diedi così, senza saperlo, pratica applicazione alle sue proposte.

Non bastando la dilatazione vaginale mediante l'apparecchio del *Bozeman*, per preparare un campo sufficiente all'operazione praticai un'incisione perineale e con questa potei riescire a mettere in evidenza i fornici.

Cominciai la dissezione dal fornice posteriore per necessità, come già dissi, ma ben m'accorsi come potesse elevarsi a processo generale, meno i casi di forte antiversione, stante la grande facilità del distacco utero-rettale e dell'attuazione del capitombolo. Nel mio caso le difficoltà furono gravi mancando il punto di presa per la trazione uterina; perciò dovetti fare la dissezione in posto formando però un lembetto vaginale che lasciai aderente all'utero. Insisto sulla formazione di questo lembetto perocchè è idea nuova, e mi fu di grandissima utilità per dare un punto di presa ad una pinza ad anello e per agevolare l'isolamento uterino. Tale processo lo crederei applicabile in tutti quei casi nei quali non vi ha presa sul collo uterino.

Non solo la facilità maggiore di dissezione dovrebbe far sempre prescegliere il fornice posteriore come campo d'inizio dell'atto

operativo, ma più di tutto la possibilità d'impedire che i prodotti settici esistenti del cavo uterino, per quanto ben disinfettato, vengano anche minimamente a contatto del peritoneo. Infatti facendo il capitombolo posteriore si ha il vantaggio di conservare l'orificio uterino totalmente extra-peritoneale in maniera da potersene servire qual mezzo di trazione coll'introdurvi un uncino ottuso o un dito d'un assistente, e tamponarlo con sostanze antisettiche qualora dall'interno gemessero detriti.

Modificai il *Klemmer* del *Billroth* rendendolo curvo sul piatto e finestrato alle estremità delle branche; con queste aggiunte si rende facilissima l'introduzione della branca inferiore munita di un filo introdotto nella finestra, smagliando i tessuti e formando i fascetti da allacciarsi. Appena passata la branca portante il filo, il che viene agevolato dalla forma curva della pinza, un assistente toglie il filo dalla finestra, l'operatore chiude il *Klemmer* ed il laccio vien chiuso fra l'istrumento ed i legamenti uterini. L'incisione dei fascetti, fatta fra l'utero e la pinza, mette al sicuro dal pericolo della perdita di presa dei lacci, restando in posto il tessuto schiacciato che stava fra le branche dell'istrumento.

Non applicai i sei lacci del *Billroth* ma sibbene i quattro superiori chiudendo invece la base dei legamenti larghi, in un coi fornici laterali vaginali, in due anse affidate ai serranodi; precisamente come consiglia il *Kocks* nella modificazione da lui fatta al metodo del *Freund.* Agendo in tal modo non havvi pericolo di emorragia, facilissima a manifestarsi in corrispondenza alla base dei legamenti larghi ed ai fornici laterali vaginali.

Quel tessuto della base legamentosa che inevitabilmente sfugge al terzo laccio del *Billroth* talvolta contiene vasi importanti, come pure i fornici laterali della vagina talora contengono grossi rami dell'arteria vaginal superiore i quali difficilmente sarebbero rintracciati per poi allacciarli ad operazione compita.

Non feci la sutura del peritoneo, perocchè, dopo quanto fu detto nel Congresso dei Medici Tedeschi in Danzica, e specialmente dal *Baum,* l'antisepsi è più certa e non è mai a temere la discesa della massa intestinale in vagina. Credo molto ben addatta l'applicazione di grossi e multipli tubi a drenaggio uno dei quali deve pescare nel cavo del peritoneo poichè il tubo ad U del *Billroth* non sempre funziona regolarmente. La sostanza antisettica che in altri incontri adoprerò sarà sempre l'acido salicilico, giacchè essendo persuaso che in nessun'altra operazione sian

necessarie le frequentissime lavature come in questa, l' acidofenico non potrebbe a meno di condurre a temibili effetti di carbolismo.

Ulteriori studi e maggior campo di pratica applicazione renderanno fra breve non più temibile ed alla portata di molti chirurghi questa operazione altamente umanitaria la quale in questi ultimi giorni ebbe di già un trionfo per fatto di uno de' nostri più eminenti maestri, il *Bottini* (1).

La mia operata di estirpazione d'utero morì in undecima giornata per Peritonite consecutiva ad Ooforite suppurativa mentre ogni altro pericolo era stato scongiurato. In altro incontro è mio proposito di togliere amendue le ovaje diventate due organi inutili per le loro funzioni onde si possa evitare almeno che diventino punto d'origine di complicanze letali.

Il caso dell'estirpazione di voluminoso Fibro-mioma peri-uterino sviluppato nel legamento largo sinistro, praticata per la via della vagina, ha molta attinenza colla estirpazione dell' utero tanto pei rapporti quanto pel processo operatorio; ed anzi, se si tien calcolo del volume del peduncolo e della grossezza dei vasi in esso contenuti, il traumatismo non fu al certo minore di una comune estirpazione d' utero. L' esito fu felice e nutro speranza che le prossime operazioni di tal genere, che praticherò col metodo del *Billroth* modificato da me e dal Bompiani, mi saranno apportatrici di fausti risultati.

---

(1) Nel giorno 8 marzo 1845 fu eseguita da mio padre (Telemaco) l' estirpazione totale dell'utero per la via vaginale in causa di carcinoma del corpo, sulla Gallinari Antonia d' anni 36, di Cauriago provincia di Reggio d' Emilia. Furono posti otto lacci e la guarigione seguì entro un mese.

IL QUINQUENNIO 1875-79

NELLA CLINICA OSTETRICA DI MILANO

diretta dal Prof. Cav. **Domenico Chiara**

RENDICONTO CLINICO

del Dottor MANGIAGALLI LUIGI

Medico 1° Assistente.

Questo rendiconto verrà diviso in tre parti: la prima comprenderà le *ricerche statistiche generali e la gravidanza,* la seconda il *parto,* la terza il *puerperio.*

PARTE PRIMA

CAPITOLO I.

Ricerche statistiche.

Al 1.° gennaio 1875 esistevano N. 32 gravide. Nel quinquennio 1875-79 si sgravarono nell' Ospizio N. 1515 donne, che si distribuiscono quasi equabilmente nel quinquennio con lievi oscillazioni annuali, dando quindi una media annuale di 303 parti.

Il seguente specchio indica le generalità relative all' età e al numero delle gravidanze, e venne disposto in modo che tali elementi potessero essere considerati non solo isolati ma in relazione tra di loro.

Numero delle donne	Numero delle gravide	ETA'					
		al disotto di 15 anni	da 15-20	da 20-30	da 30-40	da 40-50	al dis.a ai 50
819	Ipare	3	166	548	93	8	1
295	IIpare	—	7	194	90	4	—
108	IIIpare	—	—	59	46	3	—
93	IVpare	—	1	47	44	1	—
55	Vpare	—	—	9	46	—	—
38	VIpare	—	—	12	18	8	—
29	VIIpare	—	—	5	20	4	—
18	VIIIpare	—	—	3	13	2	—
18	IXpare	—	—	1	14	3	—
7	Xpare	—	—	—	4	3	—
7	XIpare	—	—	—	4	3	—
2	XIIpare	—	—	—	1	1	—
3	XIIIpare	—	—	—	1	2	—
2	XIVpare	—	—	—	2	—	—
1	XVpare	—	—	—	1	—	—
1495		3	174	878	397	42	1
		1495					

Non si tenne calcolo delle altre 20 ricoverate, perchè in alcune di esse non è indicata l'età, in altre non è notato il numero delle gravidanze, in altre infine manca e l'uno e l'altro elemento.

Tale specchio dimostra la grande prevalenza delle primipare in confronto colle pluripare le quali stanno alle prime : : 676 : 819 ossia : : 1 : 1,21.

Tale fatto non è privo d'importanza per chi volesse tener calcolo di tutti i fattori di morbilità e di mortalità, e sarebbe interessante il conoscere tale rapporto anche nella città; malauguratamente ciò non è possibile che per la pratica più o meno limitata di qualche levatrice o di qualche ostetrico, ma comunque sia, nella pratica civile, il numero dei parti nelle pluripare deve di gran lunga essere superiore a quello nelle primipare.

Intanto vedo come in altre Maternità tale rapporto sia inverso: infatti dal rendiconto della 3a Clinica Ostetrica di Vienna per l'anno 1875, traggo che sopra 2426 gravide, 1157 erano primipare

1269 pluripare, nel rapporto quindi di 100 : 109. Tale differenza appare ancora più accentuata se noi esaminiamo il Rendiconto testè elaborato da Hecker per la Clinica di Monaco e per un ventennio (1859-79). Sopra 17,220 parti vi furono 7,138 Ipare e 10,082 pluripare il che dà un rapporto 1 : 1,412. Esaminando il nostro specchio vediamo pure il fatto interessante di 8 primipare dai 40 ai 50 anni e di una al di là dei 50.

Lo studio del parto nelle primipare attempate mi porse già occasione ad alcune considerazioni che vennero sviluppate in un lavoro recentemente pubblicato e dalle quali risulta come l'età avanzata considerata in sè e per sè non aggravi punto la prognosi del parto nelle primipare attempate.

Professioni. Quanto alle professioni le troviamo rappresentate come segue:

Stiratrici	N.	12
Contadine	»	410
Serve	»	400
Ricamatrici	»	16
Operaie in genere	»	76
Filatrici	»	45
Calzolaie	»	2
Tessitrici	»	45
Artiste di canto	»	3
Levatrici	»	3
Possidenti	»	7
Fruttivendole	»	5
Cucitrici	»	117
Setaiuole	»	17
Orlatrici	»	4
Guantaie	»	9
Prestinaie	»	1
Incannatrici	»	5
Girovaghe	»	5
Prostitute	»	15
Modiste	»	2
Questuanti	»	1
A riportarsi	N.	1200

Riporto	N.	1200
Sarte da donna	»	67
Sarte da uomo	»	10
Cameriere	»	45
Lavandaie	»	7
Pellicciaie	»	1
Esposte	»	2
Cuoche	»	5
Attendenti alla casa	»	43
Mercantesse	»	1
Infermiere	»	1
Maestre	»	3
Ostesse	»	1
Suonatrici ambulanti	»	1
Bambinaie	»	1
Tabaccaie	»	1
Sigaraie	»	2
Ortolane	»	4
Spazzettaie	»	2
Portinaie	»	7
Passamantaie	»	6
Fioraie	»	2
Lattivendole	»	2
Calzettaie	»	3
Cappellaie	»	2
Pollivendole	»	1
Non indicata	»	95
Totale	N.	1515

Jeaucourt, il quale in una serie di 761 casi ha voluto studiare l'influenza della professione sul genere della presentazione, è venuto alla conclusione che le professioni sedentarie predispongano alle presentazioni che non sieno quelle del vertice come appare dal seguente suo specchio:

	Professioni attive.	Professioni sedentarie.
Presentaz. della faccia	1 su 139	1 su 137.4
» del tronco . .	1 su 139	1 su 45.8
» dell'ovoide podal.	1 su 46	1 su 14.7

Approfittando del materiale sopraccennato molto più vasto di quello di Jeaucourt ho voluto stabilire analoghe ricerche, ma a sceverare l'influenza della professione dalla eventuale influenza di altri fattori associati quali la primiparità o la pluriparità, la stenosi pelvica, la prematuranza, ho procurato che i dati del problema fossero costantemente eguali per ogni classe d'individui, tenendo calcolo nelle mie ricerche anche di ognuno dei tre fattori indicati. Già la divisione delle professioni in attive e sedentarie offre per sè argomento a disquisizioni ed a dispareri infiniti, il che, unitamente alla avvertenza esposta antecedentemente, varrà una volta di più a dimostrare, come facilmente possa nascondersi l'errore anche frammezzo alla severità delle cifre. Nel classificare le diverse professioni mi sono naturalmente tenuto a criteri piuttosto d'indole locali; così, per es., ho posto fra le attive le attendenti alla casa, perchè per la classe sociale a cui appartengono si dànno ad ogni genere di lavoro, e fra le sedentarie quelle classate sotto l'appellazione generica di operaie, pel genere di lavori in cui di solito sono occupate in questa città.

Ponendo tra le esercenti professioni attive le contadine, le serve, le artiste di canto, le levatrici, le girovaghe, le questuanti, le cameriere, le lavandaie, le cuoche, le attendenti alla casa, le infermiere, le suonatrici ambulanti, le bambinaie, le ortolane, le lattivendole si avrebbero 931 donne esercenti professioni attive e 488 esercenti professioni sedentarie.

Riferibilmente alle presentazioni si avrebbe il seguente risultato:

Professioni sedentarie	Presentazioni della faccia . . .	N.	3
	» dell'ovoide podalico . .	»	23
	» del tronco	»	16
Professioni attive .	» della faccia	»	7
	» dell'ovoide podalico . .	»	42
	» del tronco	»	32

Il che darebbe:

	Professioni attive.	Professioni sedentarie.
Presentaz. della faccia	1 su 133.00	1 su 163.00
» dell'ovoide podal.	1 su 22.16	1 su 21.26
» del piano laterale	1 su 29.09	1 su 30.56

Come ognuno vede questi risultati si discostano di molto da quelli di Jeaucourt e nel senso di eliminare almeno ogni qualsiasi influenza della professione sulla presentazione. Che se noi prendiamo in considerazione soltanto quelle professioni sulla cui attività non può cader dubbio e limitiamo i nostri calcoli alle contadine ed alle serve veniamo a risultati che sono ancora più in opposizione colla opinione avanzata da Jeaucourt.

Contadine e serve N. 810	Presentazioni di faccia	N. 6
	» dell'ovoide podalico . .	» 35
	» del tronco	» 27

Il che dà per le:

Presentazioni di faccia . . .	1 su	135
» dell'ovoide podalico	1 su	23.14
» del piano laterale .	1 su	30

Dal confronto di questi dati fra di loro e con quelli di Jeaucourt si verrebbe più volontieri ad una conclusione opposta; vero è che il numero stragrande delle presentazioni di spalla nelle contadine potrebbe spiegarsi coll'ovvia ragione che i medici condotti sono facilmente propensi ad inviare tali donne all' Ospizio o per non assumersi responsabilità di sorta, o per non essere riusciti nell'intento di liberare la donna. Se tale riflesso mette in evidenza quanto si debba andar cauti in ricerche di simil genere prima di conchiudere, esso per altro non può punto applicarsi alle presentazioni dell' ovoide podalico che di solito si riscontrano in donne già da tempo ricoverate all' Ospizio e non venuteci in travaglio.

Quanto al rapporto degli altri fattori indicati, primiparità o multiparità, conformazione normale e viziata della pelvi, maturità o immaturità del feto, col genere della professione e della presentazione, esso ci viene fornito dal seguente quadro:

Professioni sedentarie.

	Faccia		Ovoide podalico		Tronco	
	3		23		16	
Primiparità . . .	3	3	20	23	4	16
Multiparità	0		3		12	
Pelvi normale . .	2	3	14	23	9	16
Pelvi viziata . . .	1		9		7	
Feto maturo . . .	3	3	9	23	5	16
Feto immaturo .	0		14		11	

Professioni attive.

	Faccia		Ovoide podalico		Tronco	
	7		42		32	
Primiparità . . .	2	7	18	42	2	32
Pluriparità	5		24		30	
Pelvi normale . .	6	7	31	42	22	32
Pelvi viziata . . .	1		11		10	
Feto maturo . . .	7	7	9	42	21	32
Feto immaturo .	0		33		11	

Non è qui il luogo di svolgere le considerazioni che l' esame di questo quadro potrebbe suggerire riguardo alla genesi delle presentazioni, ma un rapido sguardo dato ad esso lascia intravedere come l'influenza della professione scompaia di fronte agli altri elementi, come per es., per l'ovoide podalico appare evidente riguardo alla immaturità del prodotto del concepimento.

Menstruazione. Approfittando del fatto che in questo Ospizio si tiene nota dell'epoca in cui apparve la 1.ª menstruazione, e della durata media di questa, ho voluto interrogare le cifre a questo proposito, ed ecco il risultato a cui sono giunto:

Epoca della 1.ª menstruazione.

Se ne tenne nota in 1434 ricoverate.

N.° delle donne			Età in cui apparve la prima menstruazione	
in	1	ad	8	anni
»	2	»	9	»
»	22	»	10	»
»	70	»	11	»
»	147	»	12	»
»	211	»	13	»
»	230	»	14	»
»	246	»	15	»
»	201	»	16	»
»	133	»	17	»
»	99	»	18	»
»	38	»	19	»
»	26	»	20	»
»	4	»	21	»
»	3	»	22	»
»	0	»	23	»
»	1	»	24	»
N.	1434			

Tali dati sarebbero in armonia con quelli di Raciborski, secondo il quale il maggior numero di donne avrebbe la prima menstruazione tra i 13 e 16 anni, e stabilirebbero i 15 anni come l'età in cui più di frequente si manifesterebbe il primo flusso menstruale.

Durata della menstruazione. La durata della menstruazione è notata in N. 1101 ricoverate come segue nella qui unita tabella:

N.° dei giorni.		N.° delle ricoverate.
1	in	11
2	»	37
3	»	221
4	»	248
5	»	195
6	»	126
7	»	56
8	»	179
9	»	9
10	»	14
11	»	0
12	»	5
		1101

È singolare il vedere riprodursi in ogni statistica il fatto di trovare un alto coeficiente di donne corrispondente agli 8 giorni, tra due bassi coeficienti rappresentanti i 7 ed i 9 giorni. Egli è che pure constantemente si ripete la causa d'errore, già segnalata da Dubois, e che consiste nell' andazzo comune di considerare la rivoluzione di una settimana come comprendente 8 giorni mentre in realtà non ne comprende che 7. Chè se noi prendiamo la media tra i due numeri rappresentanti le donne menstruate per 7 e per 8 giorni (117 circa), vediamo come il più delle donne sieno menstruate per 3 o 4 giorni, e come poscia vi sia una continua discesa nel numero dei giorni rappresentanti la durata media della menstruazione.

Secondo questa statistica i numeri di giorni che si trovano più di soventi sono per ordine di frequenza;

4. 3. 5. 8. 6. 7. 2. 10. 1. 9. 12.

mentre secondo Brierre de Boismont come segue:

8. 3. 4. 2. 5. 1. 6. 10. 7.

Presentazioni e posizioni. Nel 1.° quadro riportato abbiamo visto in quali proporzioni si trovino le primipare e le pluripare: così pure abbiamo già accennato al rapporto tra il genere di presentazione e la natura del mestiere esercitato dalla gravida. Siccome per altro non di tutte le ricoverate è indicata la professione, e

d'altronde non venne ancora fatta parola delle posizioni, il lettore potrà scorgere nei seguenti quadri i rapporti di frequenza delle presentazioni e delle posizioni.

Presentazione non indicata			N.	13
Vertice	Posizione sconosciuta	23		
	O. I. S. A.	890		
	O. I. D. P.	349		
	O. I. D. A.	83		
	O. I. S. T.	20		
	O. I. D. T.	16		
	O. I. S. P.	12		
	Oc. pubica	1		
		1394	»	1394
Faccia	Fr. I. S. A.	6		
	Fr. I. D. P.	3		
	Fr. I. D. T.	1		
		10	»	10
Ovoide podalico	Non indicata	5		
	S. I. S. A.	28		
	S. I. D. A.	16		
	S. I. D. P.	10		
	S. I. D. T.	4		
	S. I. S. P.	2		
	S. I. S. T	1		
		66	»	66
Spalla sinistra	D. A.	22		
	D. P.	11		
		33	»	33
Spalla destra	D. A.	9		
	D. P.	9		
		18	»	18
			Totale N.	1534

La cifra qui esposta supera di 19 unità il numero dei parti, inquantochè s'ebbero 19 parti gemelli. Per le singole presentazioni si avrebbero quindi le seguenti proporzioni, omettendo naturalmente nel calcolo le 13 incognite:

Vertice	91.65	per 100	parti
Ovoide podalico .	4.32	»	»
Spalla	3.35	»	»
Faccia	0.65	»	»

Quanto all'ordine di frequenza delle presentazioni, vediamo quindi come esso sia eguale a quello generalmente ammesso con alcune varietà di poco momento nel procento delle singole presentazioni: così quella del vertice è un po' al disotto di quella di Dubois (95 %) e di quella di Dépaul (93 %), ma qui può valere la stessa considerazione di quest'ultimo autore che cioè buon numero di donne sono trasportate all'Ospizio precisamente perchè non si presenta il vertice. Quanto alla spalla, vediamo invece, contro i dati di Dépaul, una maggior frequenza ed in grado notevole della spalla sinistra sulla destra. Tale rapporto in un Ospizio potrebbe forse spiegarsi col fatto che i pratici fedeli al consiglio « mano omonima alla spalla presentata » riescono men bene nella pratica della versione colla mano sinistra di solito meno addestrata?

Per chi poi fosse vago di confronti con statistiche più recenti, tolgo dalla seconda edizione del trattato di Carlo Braun (1880) la seguente statistica basata sopra 48,857 parti da lui osservati:

In presentazione del vertice . .	46880	cioè	95.9	per %
» della faccia . . .	310	»	0,6	»
» dell'ovoide podalico	1325	»	2.7	»
» della spalla . . .	342	»	0.7	»

Di qui si vede la differenza notevole nelle presentazioni dell'ovoide podalico e della spalla fra Clinica Milanese e Clinica Viennese.

È poi interessante il mettere i dati raccolti nelle Maternità in confronto con quelli raccolti nella pratica privata. Non avendo potuto giovarmi di elementi italiani ho ricorso alle tavole di Schwörer compilate per il Circolo Badese dell'Alto Reno ed a

quelle di Hegar e di Spiegelberg, dalle quali per un complesso di 93,871 parti risulta:

Il	97,3	di presentazioni	del vertice
»	0,3	»	della faccia
»	1,59	»	dell'ovoide podalico
»	0,78	»	del piano laterale.

I quadri sovraesposti indicano anche il rapporto di frequenza delle posizioni, al quale riguardo mi basterà qui notare:

1.º che nella presentazione del vertice, prescindendo dalle trasversali, le posizioni si succedono nello stesso ordine additato da Dubois, contrariamente quindi alle idee di Stolz e di alcuni autori germanici.

2.º che nella presentazione della faccia il rapporto tra 1ª e 2ª posizione differisce da quello che passa tra 1ª e 2ª del vertice, fatto di una certa importanza per coloro che studiano l'eziologia della presentazione della faccia.

Nelle presentazioni dell' ovoide podalico non si è tenuto conto delle varietà incomplete (il che si farà nel paragrafo dedicato al parto per l'ovoide podalico), perchè ciò non altera punto il rapporto di frequenza delle presentazioni, delle posizioni, mentre tale distinzione può avere importanza nel campo clinico, specialmente per chi si accinge alla estrazione.

Gli scrittori di cose ostetriche hanno a ragione cancellato dal quadro delle posizioni le posizioni dirette, poichè la loro eccezionalità non può autorizzare a comprenderle in una nomenclatura metodica. Avendo per altro osservato una occipito-pubica, qui, per debito di cronista, riportiamo tale osservazione già pubblicata ed illustrata dal Dott. Negri.

N. 256 - Anno 1879. — Il 2 novembre, alle 8 pom., è ammessa in travaglio una donna di 26 anni. Nel 1874 ebbe la sua prima gravidanza, nel 1876 la seconda: di ambedue parti affatto regolari. L'esame dello scheletro è affatto negativo: l'utero ovoideo è leggermente deviato a destra, la circonferenza addominale a livello del bellico è di ctm. 88: dal pube al bellico ctm. 20, al fondo dell'utero ctm. 33, alla punta dello sterno ctm. 40: a donna supina il fondo dell'utero arriva nella zona superiore sopra ombellicale. La palpazione lascia sentire

l'ovoide cefalico all'ingresso della pelvi; l'ascoltazione, il battito cardiaco distinto sulla linea mediana, al disotto del bellico, il soffio uterino nel quadrante inferiore sinistro.

Il riscontro vaginale mostra il collo uterino affatto scomparso, la dilatazione della bocca a circa 3 ctm., membrane ancora integre che si tendono mediocremente durante le contrazioni uterine: attraverso le stesse si sente la parte presentata coi caratteri del vertice ed il dito può esattamente seguire la sutura sagittale posta in senso antero-posteriore; la fontanella triangolare all'innanzi corrispondente al corpo del pube: non si arriva sulla fontanella anteriore. Alle 10 pom. i dolori incalzano, le contrazioni si fanno più efficaci ed alle ore 1. 40 ant. del successivo 3 novembre la dilatazione è completa: in questo frattempo la testa ha mantenuto costantemente nel diametro retto la sutura sagittale e la fontanella posteriore sempre al di dietro della sinfisi pubica.

Le membrane si rompono spontaneamente e dieci minuti dopo viene espulso un feto maschio del peso di grm. 3450, lungo 49, con un diametro fronte-occipitale di mm. 110, un Bp. di 90, un sotto-Oc. Brg. di 100. Secondamento spontaneo. Puerperio fisiologico.

Classificazione dei parti. In riguardo all'epoca del parto si dividono come segue:

Abortivi	N.	30
Prematuri	»	326
Maturi	»	1159
	N.	1515

Quanto alla moltiplicità del prodotto del concepimento abbiamo già visto come ci sieno stati N. 19 parti gemellari.

Dei parti indicati 1372 furono naturali, 243 richiesero l'intervento dell'arte.

Momento della nascita. Le ricerche fatte da Gujette nel Belgio e da West nell'Inghilterra appoggiano la credenza popolare che le nascite sieno più frequenti nel periodo notturno. Dividendo le 24 ore in quattro periodi di 6 ore ciascuno, cominciando dalle 6 del mattino, io sono venuto al seguente risultato:

Dalle 6 ant. a mezzogiorno . . .	Parti	N.	367
Da mezzogiorno alle 6 pom. .	»	»	356
Dalle 6 pom. a mezzanotte . .	»	»	426
Da mezzanotte alle 6 ant. . .	»	»	367

Certo la distinzione fra giorno e notte non può essere che molto vaga, specie per l'alternarsi delle stagioni, ma dividendo le 24 ore in due periodi, uno diurno dalle 6 ant. alle 6. pom. e l'altro notturno, si avrebbe nella nostra statistica una lieve prevalenza pel periodo notturno rappresentata da 90 nascite, il che darebbe per ogni anno la media in più di 18.

Bambini. Sopra 1485 bambini di cui vedo indicato il sesso, 761 sono maschi, 724 sono femmine. Di essi 151 nacquero morti: quest'enorme procento (10,16) di nati morti non deve far meraviglia, quando si pensi al numero ingente di operazioni embriotomiche praticate, ai casi numerosi di placenta previa e di eclampsia, alle provocazioni di parto prematuro. Osservando la relazione pubblicata dal Ministero di Agricoltura, Industria e Commercio sul movimento dello stato civile negli anni 1862-78, vediamo come in quest'ultimo anno il procento dei nati-morti fu per la Lombardia del 3,56. Le nascite maschili e femminili stanno invece approssimativamente nello stesso rapporto: dalla accennata relazione si apprende infatti come per lo stesso anno e per la stessa regione sieno nati 107 maschi per ogni 100 femmine.

In riguardo al peso i bambini nati si dividono come segue:

al	disotto	di	500	grammi	. .	N.	13
da	500	a	1000	»	. .	»	13
»	1000	a	1500	»	. .	»	27
»	1500	a	2000	»	. .	»	53
»	2000	a	2500	»	. .	»	175
»	2500	a	3000	»	. .	»	467
»	3000	a	3500	»	. .	»	509
»	3500	a	4000	»	. .	»	171
»	4000	a	4500	»	. .	»	32
»	4500	a	5000	»	. .	»	1
						N.	1461

È noto quanti lavori sieno stati fatti in quest' ultimo ventennio sopra lo sviluppo medio dei feti maturi di sesso maschile o femminile a termine, non solo confrontati tra loro, ma presi in esame vuoi nelle primipare vuoi nelle pluripare e quali importantissimi corollarii ne derivassero da tali studii per la scienza e per la pratica. Il Dott. Marchionneschi in un suo recentissimo e pazientissimo lavoro fatto su materiale raccolto nella Clinica di Pisa è venuto a risultamenti che contraddicono in parte a quelli sinora universalmente accettati.

Due di tali conclusioni sono spécialmente importanti:

La lunghezza del corpo e delle misure craniensi cambiano in ragione del variare del peso e non del sesso.

Le bambine nate da donne moltipare hanno diametri e dimensioni e peso minori delle bambine che nacquero da primipare.

Mi prese vaghezza di conoscere se tali risultati fossero confermati dai dati raccolti in questo Istituto, limitandomi per le misure craniensi al B. p. anatomico, e feci a tale scopo ricerche sugli ultimi due anni contemplati da questo Rendiconto, attenendomi a quei feti dimostrati *sicuramente maturi* dal complesso di tutte le circostanze. Solo devo io qui notare come abbia messo in rapporto il peso ed il biparietale in ciascuna classe colla lunghezza del feto.

Ho prescelto la lunghezza come punto di confronto perchè essa subisce meno grandi oscillazioni che non il peso nei feti a termine. Il Dott. Marchionneschi poneva in somma il quesito: come variino la lunghezza del feto e le misure craniensi col variare del peso. Io invece ho posto quest'altro: come variino il peso ed il Bp. anatomico col variare della lunghezza nei feti di sesso maschile e femminile, in quelli nati da primipare ed in quelli nati da pluripare. Benchè io abbia proceduto per via diversa, pure mi pare che le risultanze finali sieno suscettibili di raffronto.

QUADRO I

indicante il peso ed il biparietale dei feti maturi di sesso maschile nelle primipare in rapporto colla lunghezza.

N.º dei feti	Lunghezza	Peso	B. P.
8	47-48 cm. inclusivamente	2930 3030 2920 2950 3000 2970 3230 3000 Media 3011.66	88 93 85 85 90 86 90 90 Media 88.43
21	48-49 cm.	2970 2970 2900 3500 3300 3170 3450 3500 3000 3080 3130 3700 2920 3120 3070 3250 3000 2980 3020 3150 3200 Media 3168.07	84 85 87 90 88 85 87 90 83 90 88 85 85 90 100 92 90 90 85 90 92 Media 90.19
31	49-50 cm.	2950 3160 3170 3150 3200 2935 3650 2970 3350 3170 3570 3370 3450 3390 2960 3130 3360 3250 3300 3600 2990 3010 3170 3100 3200 3500 3385 3200 3200 3110 3050 Media 3225.80	90 90 95 87 88 88 97 90 95 88 90 91 90 95 87 85 90 86 87 93 85 90 90 92 90 92 90 90 90 90 85 Media 89.97
18	50-51 cm.	3300 3100 3260 3071 3620 3100 3450 2900 3135 3250 3300 3380 3460 3220 3820 3460 3550 3390 Media 3320.35	88 90 88 86 95 88 90 87 95 90 89 87 90 90 80 90 90 93 Media 89.22
10	51-52 cm.	2890 4370 3270 3150 3650 3420 3050 3200 3920 3440 Media 3516	90 97 91 90 87 90 92 95 100 96 Media 92.80
3	al di là di 52	3520 3770 4030 Media 3773.33	92 95 90 Media 92.33

QUADRO II

indicante il peso ed il Bipar. dei feti maturi di sesso femminile nelle primipare in rapporto colla lunghezza.

N.° dei feti	Lunghezza	Peso	B. P.
11	47-48 cm. inclusivamente	3250 3050 2950 2940 2920 2950 2900 3000 3050 2900 3150 Media 3005.45	90 85 90 82 85 90 85 85 91 90 85 Media 87.09
12	48-49 cm.	3010 2900 3120 2960 3230 3250 3220 3000 3080 3500 3160 2920 Media 3112.50	90 87 88 88 93 91 86 90 90 90 92 93 Media 89.83
18	49-50 cm.	3500 2900 3150 3140 2930 3480 3680 3300 3250 3300 3560 2930 3250 3700 3400 3160 3400 3600 Media 3312.77	90 87 92 85 90 90 92 90 90 90 92 89 89 90 92 93 88 90 Media 90.11
10	50-51 cm.	3930 3550 3120 3750 3350 3560 3470 3280 3760 3070 Media 3484	95 90 90 92 90 85 85 85 94 86 Media 89.2
6	51-52 cm.	3200 3530 3600 3260 3650 3700 Media 3490	85 90 90 90 100 90 Media 90.83

QUADRO III

indicante il peso ed il Bipar. dei feti maturi di sesso maschile nelle pluripare in rapporto alla lunghezza.

N.º dei feti	Lunghezza	Peso	B. P.
20	47-48 cm. inclusivamente	2850 3105 3170 3150 3150 3750 3000 3070 3040 3060 3240 2950 2900 2970 2950 2900 3170 3150 3000 3080 Media 3077.77	90 88 92 91 87 94 88 90 90 92 90 85 85 90 86 93 92 90 93 85 Media 89.55
26	48-49 cm.	3350 3200 3100 2970 3020 3100 3300 3450 3000 3300 3120 3260 3050 3260 3420 3400 3000 2900 3510 3400 3070 3000 3170 3450 2900 3030 Media 3143 46	92 92 86 92 90 85 95 90 90 88 91 84 92 94 90 100 94 94 95 90 90 90 90 90 85 93 Media 90.84
21	49-50 cm.	3000 3470 3740 3230 3700 3100 3038 3090 3350 3370 3150 3525 3670 3420 3000 3600 3650 3040 3470 3240 3400 Media 3343.47	90 87 90 92 92 94 87 90 88 98 100 90 92 88 88 95 98 87 90 93 86 Media 91.19
17	50-51 cm.	3520 3300 3370 3370 3070 3540 3330 3680 3452 3400 3500 3870 3120 4160 3300 3800 3000 Media 3457.64	92 88 100 100 96 93 86 90 95 100 100 90 90 95 88 90 90 Media 93.11
10	51-52 cm.	3700 3800 3750 3100 3500 3200 3720 3550 3000 3270 Media 3459	87 87 90 82 93 89 100 90 95 100 Media 91.3
10	oltre i 52	4000 4150 4220 3950 3200 3670 4000 4000 4050 4070 Media 3931	88 93 105 96 90 98 90 97 93 95 Media 94.5

QUADRO IV

indicante il peso ed il diametro Bipar. dei feti maturi di sesso femminile nelle pluripare in rapporto colla loro lunghezza.

N.° dei feti	Lunghezza	Peso	B. P.
10	47-48 cm. inclusivamente	2920 3050 3280 3150 3040 3010 3900 3000 3170 3000 Media 3152	90 90 90 86 92 87 90 90 90 87 Media 89.2
16	48-49 cm.	3400 3212 3430 3050 3370 3020 3200 3110 2980 2920 3300 3070 3180 3330 3400 3260 Media 3201.87	90 90 90 90 86 98 88 90 90 96 95 89 87 90 90 90 Media 90.56
13	49-50 cm.	3000 3410 3250 3700 3320 3320 3510 3300 3220 3170 3000 3000 3230 Media 3263.84	90 90 95 90 90 90 93 87 95 90 100 90 92 Media 91.69
16	50-51 cm.	3310 3640 3730 3800 3060 3300 3180 3650 3180 3950 3770 3600 3250 3450 3540 3100 Media 3469.37	93 90 92 95 91 90 85 90 93 93 100 88 96 92 94 90 Media 92
9	51-52 cm.	3350 3740 4050 3820 3150 3130 4300 3850 3880 Media 3696.66	90 91 95 95 95 85 104 97 98 Media 94.44
2	oltre i 52	4180 3775 Media 3977.50	96 100 Media 98

QUADRO V

riepilogante i quadri antecedenti in rapporto alla lunghezza del feto.

LUNGHEZZA DEI FETI	PRIMIPARE						PLURIPARE					
	MASCHI			FEMMINE			MASCHI			FEMMINE		
	N.° dei feti	Peso medio	Media del Bip.	N.° dei feti	Peso medio	Media del Bip.	N.° dei feti	Peso medio	Media del Bip.	N.° dei feti	Peso medio	Media del Bip.
47-48 cm. inclusivamente	8	3011 66	88.43	11	3005 45	87.09	20	3077.77	89.55	10	3152	89.2
48-49 cm.	21	3168.07	90.19	12	3112.50	89.83	26	3143.46	90.84	16	3201.87	90.56
49-50 »	31	3225.80	89.87	18	3312.77	90 11	21	3343.47	91.19	13	3263.81	91.69
50-51 »	18	3320.35	89.22	10	3484	89 2	17	3457.64	93.11	16	3469.37	92
51-52 »	10	3516	92.80	6	3490	90.83	10	3459	91.3	9	3696.66	94.44
oltre i 52	3	3773.33	92.33	—	—	—	10	3931	94.5	2	3977.50	98

Esaminando questo quadro si possono trarre le seguenti conclusioni, di cui alcune armonizzano perfettamente coi risultati avuti da Marchionneschi:

1.° Il peso dei feti tanto di sesso maschile quanto di sesso femminile, vuoi nelle primipare, vuoi nelle pluripare, aumenta in ragione della lunghezza.

2.° Esiste invece un rapporto saltuario tra sviluppo del biparietale anatomico e lunghezza del feto, il che può tenere al fatto, dell'influenza della forma brachicefalica o doligocefalica, non essendo infrequente il trovare biparietali sviluppati in feti piccoli e viceversa, come potei convincermi anche nell'esaminare la bella raccolta di Freund in Strasburgo. Che anche il biparietale ostetrico segua questa legge, non ho qui elementi per dimostrarlo quantunque le mie osservazioni mi portino ad ammettere un rapporto quasi costante tra l'uno e l'altro biparietale.

3.° Il sesso sembra avere nessuna influenza.

4.° La pluralità sembra averne alcun poco nel senso di favorire lo sviluppo dei feti, benchè tale influenza non sia costante e qualche volta inversa nei singoli gruppi, ma a questo fatto vien tolta molta od ogni importanza dall' altro, che nelle pluripare si riscontra una proporzione molto maggiore di feti al di là dei 52 ctm. (nelle pluripare il 7,05 per %: nelle primipare il 2,02 per %).

CAPITOLO II.

Gravidanza.

Se la fisiologia della gravidanza non diede occasione ad indagini speciali, particolarmente pel fatto che, cominciando ad osservarsi il più delle gravide nel corso dell'8° mese, non si ebbe opportunità di confronti indispensabili in siffatte ricerche, la patologia invece ci fornì un contingente piuttosto numeroso e svariato. In questo campo, nel campo cioè della gravidanza, torna più che mai difficile lo stabilire una distinzione precisa ed il tracciare un confine rigoroso tra quanto è di spettanza del fisiologo e quanto è di spettanza del clinico. Certo si può dire che qui più che altrove i due campi si compenetrano mutuamente. L' insieme dell'organismo nella gravida subisce modificazioni più

o meno profonde e tali da divenire esse stesse sintomi di gravidanza, mentre d'altra parte tali medesime manifestazioni possono raggiungere una tale intensità da farci varcare non solo i confini del campo fisiologico, ma da mettere in grave pericolo i giorni stessi della gravida.

E se ciò avviene in donna dapprima robusta e completamente sana, talfiata per converso si osserva, malattie gravi, indomabili, subire quasi una sosta che apre l'adito alla speranza nella famiglia della paziente. Chè se Andral, Gavarret, Regnault, Rodier hanno dimostrato notevolmente alterata la crasi sanguigna, diminuiti i globuli rossi, diminuita l'albumina, aumentata l'acqua e la fibrina, non è men vero che Gassner ha constatato un aumento notevole di peso, non è men vero che Spiegelberg e Gscheidlen hanno sperimentalmente dimostrato aumentata la massa sanguigna, non è men vero essere notorio come molte donne si sentano meravigliosamente bene nello stato di gravidanza, non è men vero che le recentissime ricerche dell'Ingersler di Copenaghen gettano qualche ombra di dubbio sui risultati ottenuti dai ricercatori Francesi. O io mi inganno a partito o forse a tale sguardo l'esperienza è a rifarsi, ma non esperienza assoluta, ma esperienza relativa, esperienza di raffronti che ci permetta di stabilire paralleli nella donna sana fra lo stato di maternità e fuori di questo, e che non sia basata sopra donne ammalate, o deboli, o clorotiche, e qui riguardo specialmente la clorosi essenziale, la clorosi in rapporto probabile coll'ipoplasia vasale, come molte volte è il caso nella pratica ospitaliera. Certo nella gravida noi abbiamo nel sistema utero-ovarico un potente generatore di disturbi riflessi, certo nella gravida noi abbiamo nell'alterato equilibrio idraulico e nella diversa distribuzione della pressione sanguigna un altro potente fattore di disordini e di sofferenze, ma qui si voleva soltanto gettare un'ombra di dubbio su quell'opinione che fa quasi della gravidanza una malattia, che fa della gravida una donna necessariamente oligocitemica, idremica. Si voleva soltanto muovere la questione se sotto la moderna teorica non si nasconda per avventura un po' di quell'esagerazione manifestissima in quella antica che faceva invece debitrice la donna gravida di ogni sofferenza alla pletora sanguigna.

Comunque sia, tali disturbi riflessi si notarono in circa metà delle donne, e qui notisi per altro che noi dovemmo per tale questione star paghi ai rapporti delle gestanti, di cui certo molte

non brillano per intelligenza nè per finezza squisita di sensi. E qui calza l'aggiungere come in molte donne in cui il periodo ovaro-menstruale è accompagnato da turbe riflesse, queste si continuino nei primi mesi della gravidanza pel fatto stesso della dimostrata attività ovarica in tale periodo di tempo, aggravandosi più o meno per l'influenza dei fattori sopraccennati, come in una conferenza ebbe a far notare il mio maestro Prof. Chiara.

Addentrandoci nello studio della patologia della gravidanza, ci si affaccia tosto il quesito risguardante il modo con cui si deve procedere nello studio clinico. E la cosa non è così semplice. Se la divisione di *malattie nella gravidanza*, di *malattie per la gravidanza* ha l'incontestabile vantaggio di additarci tosto un criterio pratico di molta importanza non è men vero che molte forme morbose possono sfuggire a tale classificazione dicotomica, non è men vero che molte malattie possono ripetere la loro origine dalla gravidanza, ma possono nello stesso tempo preesistere, e non è men vero che alcune di queste possono essere influenzate dalla gravidanza ed influenzar questa a loro volta di guisa, che ne venga al pratico la necessità di criterii speciali che lo guidino nel loro trattamento. Ciò vale specialmente per quelle malattie acute o croniche che hanno influenza sulla interruzione della gravidanza. E qui mi sia lecito sviluppare alcuni concetti che forse in questo luogo non sono affatto inopportuni. Questa influenza la si conosce ma solo in modo sintetico, talchè si conosce bensì la predisposizione maggiore o minore alla interruzione della gravidanza che presentano le donne affette da date malattie, ma non si sono dissociati i diversi elementi morbosi in modo da poter attribuire a ciascuno la loro parte. Dei vari fattori morbosi che sono il risultato per es. di un processo pneumonico, quali febbre, incompleta ossigenazione del sangue, stasi nel piccolo circolo e quindi nel grande circolo venoso, quale di questi ha la maggior parte nella provocazione del parto? E nelle malattie infettive dobbiamo attribuire la massima azione perturbatrice al virus, al quid inficiente, ovvero alla elevata temperatura che ne consegue? E poichè il parto è preannunciato da due ordini di fatti diversi o la contrazione uterina primitiva o la morte del feto, quali degli accennati elementi ingenerano il primo, quali il secondo? Intanto gli studii di Hohl, di Fiedler, di Kaminski, di Runge hanno già portato notevoli contributi allo studio dell'influenza della temperatura per sè, e noi aspettando

che la scienza ci illumini vieppiù coll'analisi degli elementi morbosi dissociati, ci limiteremo, essendo ciò più consono alla natura di un rendiconto, a dare un cenno delle principali forme morbose osservate.

Noi le divideremo a seconda degli apparati colpiti, rimandando per altro ai capitoli riferentesi alla distocia la relazione di quei casi che acquistano particolare importanza al momento del parto o che ripetono il loro interesse specialmente dal fatto e dal modo del nostro intervento operativo. Ciò dicasi, per es., della placenta previa, dell'eclampsia.

Ecco ora le forme morbose osservate:

Morbi infettivi cronici.

Sifilide	N. 29

Affezioni cutanee.

Scabie	N. 11
Erpete circinnato . .	» 1
Psoriasi	» 1

Apparato nervoso.

Paraplegia da mielite .	N. 1
Paralisi crociata . . .	» 1
Epilessia	» 1
Istero-epilessia . . .	» 1
Ischialgia sinistra . .	» 1
Ischialgia destra . . .	» 3
Contratture isteriche .	» 1
Tetania	» 1
Isteria	» 3
Isterismo con catalessi .	» 1

Organi dei sensi.

Flemmone dell'occhio sinistro con ulcera e perforazione della cornea	N. 1
Congiuntivo-cheratite .	» 3

Apparato circolatorio.

Cardiopatie organiche .	N. 12
Edema meccanico . .	» 15
Anasarca semplice . .	» 1
Varici agli arti inferiori ed al pudendo esterno	» 41
Periflebite crurale . .	» 3
Ulcere varicose . . .	» 2
Trombo periuterino pelvico (verrà fatta parola nella distocia) . . .	» 1

Distrofie costituzionali.

Diabete	N. 1
Anemia perniciosa progressiva	» 1
Osteomalacia	» 5
Scrofolosi	» 7
Pellagra	» 1

Apparato respiratorio.

Asma bronchiale . . .	N. 1
Tubercolosi polmonare.	» 3
Enfisema polmonare . .	» 1
Pneumonite	» 1
Catarro bronchiale . .	» 15

Apparato gastro-enterico

Gengivite	N. 9
Scialorrea	» 2
Catarro intestinale . .	» 5
Entero-colite	» 1

Apparato sessuale ed urinario.

Fibroma della mammella destra	N. 1
Cancro della mammella destra	» 1

Metrite cervicale . . .	N. 4
Vegetazioni semplici .	» 16
Metrite cervicale . . .	» 3
Metro-vaginite blenorragica	» 1
Metro-vaginite complicata da gonilite . .	» 1
Epitelioma del collo uterino	» 1
Fibromi uterini . . .	» 3
Fistola al gran labbro di destra	» 1
Albuminuria senza uremia	» 16
Forme uremiche . . .	» 12

Apparato locomotore.

Poliatrite (in un caso complic. a sifilide nell'altro a cardiopatia) .	N. 2

Infezioni acute.

Eresipela nel 4° mese di gravidanza	N. 1

Infezioni da malaria .	N. 12

Non di tutte le forme morbose enunciate intendiamo tener parola, ma solo di quelle che ci parvero più degne di nota e nemmeno di ognuna di queste riporteremo le osservazioni tutte, ma solo quelle che più ci parvero meritevoli di attenzione e la cui lettura può essere di utile pratico.

Sifilide. — Per l'epoca in cui le donne vengono accolte nell'Ospizio e pel loro grado non troppo elevato d'intelligenza solo raramente si può essere in grado di rispondere adeguatamente alle questioni numerose e parimenti importanti a chi vuol tracciare la storia naturale della sifilide nello stato di maternità. A quando rimonta l'inizio della sifilide? È dessa anteriore o posteriore al concepimento? Come ed in qual modo fu essa curata? Tali domande nascondono per noi il più delle volte altrettante incognite. Ad

ogni modo dai 29 casi di sifilide osservati, che qui verrò esponendo, si potrà almeno dedurre alcuni dati statistici di qualche interesse. Qui basti l'osservare alcunchè sulla prognosi e sulla cura di questa grave complicanza dello stato di maternità e lo farò colle parole stesse del mio egregio professore: « Dato pure » che si possa sempre fare un giudizio esatto sulla gravità della » futura sifilide, io penso che nello stato di maternità la distin- » zione di sifilide lieve e grave non debba tenersi in conto; l'in- » fezione potrà essere lieve per la madre organismo adulto e re- » sistente, grave, anzi mortale per l'embrione od il feto; s'aggiunga » che data la sifilide, l'aborto è in minaccia attuale se v'ha gra- » vidanza, oppure in avvenire, e non di un solo aborto ma di » una serie di aborti o parti prematuri di bambini morti; una » malattia che ha tali fattori nel suo bilancio, che può giungere » a conseguenze di tanta importanza non dovrà dirsi leggiera mai!

« Accolto siffatto principio noi dovremo tenerlo a guida della » nostra terapia nel senso che non facendo alcun assegnamento » sulla naturale tendenza alla guarigione della sifilide leggiera, » noi dovremo curare sempre e con energia la sifilide nella gra- » vidanza, ricordando ognora che nella donna occorrono più fre- » quenti che nell'uomo le forme nervose, che più frequente e più » grave è la complicanza dell'anemia, donde più spesso necessaria » l'associazione di una metodica cura tonico-ricostituente alla cura » speciale, e che infine essendo la sifilide malattia essenzialmente » cronica, vuol essere combattuta con una *medicazione cronica*, » non cullandosi nella illusione della pronta scomparsa delle forme » esterne ottenuta con certi modi di amministrazione del mer- » curio, quale il metodo ipodermico ».

Ecco ora in succinto le 29 osservazioni:

N. 32 - Anno 1875 — Ipara - Fruttivendola, non sa precisare da quanto tempo sia sifilitica, da tre mesi frequentava l'ambulatorio di S. Corona e vi era curata con mercuriali. Entrata in travaglio partorisce una bambina del peso di grammi 1160, viva, non presentante manifestazioni sifilitiche. La placenta di grammi 370 presentava disseminati, massime alla periferia, dei focolai apoplettici di diverse età. Guarigione della donna.

N. 161 - Anno 1875 — VIpara, contadina, d'anni 28: sino dalla fine di luglio del 1874 la donna si accorse di aver preso la sifilide

allattando una bambina dell'Ospizio. Parto a termine il 28 luglio 1875. Feto vivo, non presentante manifestazioni sifilitiche, del peso di grammi 3800. Placenta d'aspetto normale del peso di grammi 500. Puerperio normale.

N. 11 - Anno 1876 — Ipara - edema infiammatorio delle grandi e piccole labbra: ulcero indurito sulla parte esterna del gran labbro sinistro: pleiadi inguinali indurate. Entra il 20 gennaio e s'instituisce tosto una cura mercuriale. Parto spontaneo l'8 aprile di bambino vivo e del peso di grammi 2420, che muore il 20 aprile. Puerperio morboso - morte per setticoemia.

N. 252 - Anno 1876 — Ipara d'anni 21, filatrice, entra nell'Ospizio il 2 ottobre offrendo le manifestazioni secondarie di una sifilide, contratta, a quanto dice la paziente, qualche mese prima. Cura mercuriale. Parto spontaneo a termine di feto vivo il 28 novembre del peso di grammi 3500. Annessi sani. Puerperio morboso. Guarigione.

N. 287 - Anno 1876 — IIpara, servente, d'anni 27; entra nell'Ospizio il 5 novembre: presenta sifilide papulosa ed è sottoposta ad una cura specifica col liquore di Van-Swieten e colle pillole di protoioduro di mercurio. Parto a termine il 17 dicembre di un bambino vivo del peso di grammi 3325. Puerperio morboso per la concomitante cardiopatia.

N. 1 - Anno 1877 — IIpara d'anni 23, entra nell'Ospizio il 2 gennaio presentando le manifestazioni secondarie di una sifilide contratta 2 mesi prima. Nessuna cura: parto spontaneo il 17 febbraio di feto apparentemente sano del peso di grammi 3820. Puerperio normale.

N. 62 - Anno 1877 — Ipara. Contrasse la sifilide due mesi prima di rimaner gravida e ne guarì apparentemente nel 3° mese della gravidanza: nel corso ulteriore di questa ebbe nuove manifestazioni scomparse in seguito a cura appropriata. Parto spontaneo il 4 aprile di bambino vivo apparentemente sano del peso di grm. 2400. Puerperio normale.

N. 73 - Anno 1877 — Ipara, d'anni 19, cameriera, gravida nella prima quindicina dell'8° mese. Si nota un ulcero duro in corrispondenza del grande labbro di sinistra, circondato da tumefazione dolo-

rosa nel tessuto circostante. Ad entrambi gli inguini due ghiandole linfatiche grosse quanto un nocciuolo ed indolenti. La sua comparsa sarebbe stata avvertita 15 giorni prima dell'ingresso della donna in Clinica. Parto spontaneo al termine di feto vivo, ben conformato, sano, del peso di grammi 3850. Annessi sani del peso di grm. 710. Sembra che nell'Ospizio in questo frattempo non siasi fatta cura alcuna, nessuna manifestazione secondaria durante la sua degenza. Venne dimessa il 27 maggio.

N. 171 - Anno 1877 — Ipara, d'anni 17, operaia, gravida nel 6° mese, in travaglio, entra nell'Ospizio il 19 luglio. Si nota un indurimento al grande labbro di destra, dovuto ad un ulcero duro pregresso che la donna dice essersi manifestato circa 45 giorni or sono. Ricorse all'ambulanza di S. Corona per le malattie sifilitiche e sembra essere stata curata mediante applicazioni locali di calomelano o pillole di protoioduro di mercurio. L'ulcera si cicatrizzava circa venti giorni fa, lasciando l'indurimento al quale abbiamo accennato. Si nota inoltre una pleiade inguinale ad ambo i lati abbastanza distinta ed ingorgo delle ghiandule sotto-mascellari. Sinora non sembra siasi manifestato altro fenomeno secondario. — Partorisce il giorno successivo all'ingresso un feto morto del peso di 810 grammi non macerato. Puerperio fisiologico.

N. 242 - Anno 1877 — Ipara, d'anni 18, entra nell'Ospizio il 17 settembre. Presenta ingrossamento ipertrofico delle grandi labbra, più della destra, manifestazioni vescicolari e maculose al tronco ed alle gambe - Alopecia, corizza. - Sembra che la sifilide dati dal mese di giugno. - Parto spontaneo a termine di feto in apparenza sano del peso di grammi 2850. Annessi sani del peso di grammi 450. Puerperio morboso per endoparametrite. Guarigione.

N. 283 - Anno 1877 — Ipara, entra nell'Ospizio il 9 dicembre; presenta placche mucose e tubercoli ai genitali esterni ed all'ano, pleiadi inguinali indurite: non sa darci notizie sull'andamento del male. Parto il 10 novembre di feto macerato del peso di gr. 2200. Puerperio morboso. Guarigione.

N. 301 - Anno 1877 — Xpara, d'anni 42, contadina, affetta da sifilide incontrata 2 anni prima in un allattamento. Parto spontaneo nella prima metà del 9° mese di feto in apparenza sano, del peso di

grammi 2650. Alla superficie uterina della placenta si nota una incavatura alquanto sinuosa della lunghezza di 10 cent., lunga 3-4 cent. e profonda 2, di colorito grigiastro. Puerperio fisiologico.

N. 325 - Anno 1877 — IIIpara, proveniente dal sifilicomio, entra nell'Ospizio il 23 dicembre, affetta da sifilide secondaria. Parto spontaneo il 24 dicembre di feto morto del peso di grammi 1220. Puerperio normale.

N. 18 - Anno 1878 — IIpara, d'anni 20, contadina, affetta da sifilide; nessun dato anamnestico certo. Parto spontaneo a termine di feto apparentemente sano del peso di grammi 2850. Puerperio morboso. Guarigione.

N. 88 - Anno 1878 — IIIpara, d'anni 23, prostituta. Entra nell'Ospizio il 19 aprile. Non ricorda l'epoca dell'ultima menstruazione. Pleiadi inguinali, papula al grande labbro di sinistra, papula al labbro inferiore, ingorgo delle ghiandole mascellari. Al dire della donna sembra che la malattia celtica sia cominciata dai genitali. Il principio del morbo risale a circa due mesi fa: però la donna non sa dire nulla di certo. Al sifilicomio dal quale proviene ed ove dimorò tre settimane venne curata con pillole probabilmente di sublimato. Parto a termine, spontaneo, il 21 maggio di bambino in apparenza sano, del peso di grammi 3470. Annessi sani del peso di grammi 600. — Puerperio fisiologico.

N. 109 - Anno 1878 — IIpara, entra nell'Ospizio il 10 maggio. Ricoverata nel sifilicomio nel corso della gravidanza per sifilide papulosa vi fu colta durante la sua degenza da poliartrite, di cui guarì imperfettamente restandole tumefatto il ginocchio sinistro, specialmente per ingrossamento de' suoi capi articolari e per infiltrazione delle parti periarticolari anzichè per raccolta nella sinoviale. Parto il 25 maggio di feto vivo apparentemente sano del peso di gr. 2900. Puerperio regolare.

N. 126 - Anno 1878 — IIpara, d'anni 25, da qualche anno affetta da sifilide di cui di tanto in tanto soffre le manifestazioni; attualmente presenta ingorghi ghiandolari agli inguini ed alla nuca. Parto prematuro spontaneo di feto macerato presentantesi colla spalla sinistra, dorso anteriore, del peso di grammi 1580. Puerperio morboso per febbre traumatica. Guarigione.

N. 133 - Anno 1878 — Ipara, d'anni 20, entra nell'Ospizio il 17 giugno, proveniente dall'Ospedale Maggiore ove si era trattenuta per 4 mesi onde esservi curata dalla sifilide: si prosegue la cura amministrando 2 pillole al giorno di protoioduro di mercurio sino al 9 luglio, in cui si sospendono per insorgenza di disturbi gastro-intestinali.

Parto l'11 luglio nei primi giorni del nono mese, spontaneo, in presentazione dell'ovoide podalico, di feto apparentemente sano del peso di grammi 2420. Puerperio morboso. Guarigione.

N. 170 - Anno 1878 — Vpara, da 5 mesi affetta da sifilide, entra nell'Ospizio il 29 luglio. Parto spontaneo il 14 agosto di feto macerato. Puerperio regolare.

N. 234 - Anno 1878 — Ipara, non ricorda l'ultima epoca mensruale. Affetta da sifilide papulosa ipertrofica, contratta a quanto ella afferma, nel secondo mese di gestazione. A domicilio nessuna cura. Nell'Ospizio una pillola di un centigr. di protoioduro d'idrargirio al giorno a datare dal suo ingresso (2 ottobre), lavature locali col liquore di Labarraque. Parto il 21 ottobre, dopo 7 giorni dacchè non avvertiva più i moti attivi, di feto macerato del peso di grammi 1235.

Placche biancastre disseminate sulla faccia uterina della placenta piuttosto verso la periferia, dello spessore di 2-5 mm. — Puerperio normale.

N. 274 - Anno 1878 — IIpara, d'anni 21, affetta da sifilide contratta due anni prima e già curata una volta nel sifilicomio, entra nell'Ospizio il 15 novembre. Parto l'8 dicembre di feto macerato del peso di 1750 grammi. Puerperio regolare.

N. 21 - Anno 1879 — Ipara, affetta da sifilide secondaria, entra nell'Ospizio il 18 gennaio. Parto spontaneo il 27 gennaio di feto del peso di grammi 2420 in apparenza sano. Puerperio morboso. - Guarigione.

N. 38 - Anno 1879 — IIpara, entra nell'Ospizio l'8 febbraio, presentando ancora l'accidente primitivo al 3° superiore interno del gran labbro sinistro, pleiadi inguinali; ingrossate le sotto-mascellari, afonia. Cura iodica e mercuriale internamente, iniezione di calomelano. Parto il 21 maggio di feto vivo, in apparenza sano, del peso di grammi 2380. Puerperio regolare.

N. 41 - Anno 1879 — Ipara, entra nell'Ospizio il 19 febbraio, presentando le manifestazioni di una sifilide secondaria. Parto il 22 febbraio di feto macerato del peso di grammi 670. Puerperio morboso. Guarigione.

N. 135 - Anno 1879 — IIpara, entra nell'Ospizio il 6 giugno presentando l'accidente primitivo al contorno dell'ano, ghiandole inguinali tumefatte, papule mucose agli organi genitali, roseola. Parto spontaneo il 13 giugno di feto in apparenza sano del peso di gr. 2900. Puerperio regolare.

N. 147 - Anno 1879 — Ipara, entra nell'Ospizio il 22 giugno, proveniente dall'Ospedale ove era stata curata per sifilide nel corso della gravidanza. Parto il 28 giugno di feto in apparenza sano, del peso di grammi 2370. Puerperio morboso. Guarigione.

N. 188 - Anno 1879 — Ipara, entra nell'Ospizio l'11 agosto proveniente dal comparto venerei dell'Ospedale Maggiore ove era stata curata con iniezioni ipodermiche di calomelano. Nessuna manifestazione al suo ingresso. Parto il 4 settembre di bambino vivo, in apparenza sano del peso di grammi 2920. Puerperio morboso. Guarigione.

N. 193 - Anno 1879 — Ipara, entra nell'Ospizio il 25 agosto presentando la forma papulo-ulcerosa ai genitali ed alle fauci: nell'Ospizio è sottoposta alle iniezioni ipodermiche di bicloruro d'idrargirio. Parto il 14 ottobre di feto macerato del peso di grammi 1680. Puerperio morboso. Guarigione.

N. 238 - Anno 1879 — IIIpara, entra nell'Ospizio il 5 ottobre coi fenomeni di sifilide secondaria, di cui non sa fare la storia. Parto lo stesso giorno d'ingresso di feto macerato del peso di grammi 1450. Puerperio normale.

N. 376 - Anno 1879 — Ipara, gravida in principio del 7° mese, proveniente dal sifilicomio ove veniva curata per sifilide contratta sei mesi prima. Entra nell'Ospizio il 17 novembre: il 28 novembre parto spontaneo di feto macerato del peso di grammi 830. Puerperio fisiologico.

Da queste osservazioni si ricava che 11 feti nacquero morti e macerati e che degli altri 18 soltanto 10 possono ritenersi a termine. — In riguardo a questi qual parte si spetti alla cura intrapresa o prima di entrare nell'Ospizio o entro l'Ospizio stesso, e quale all'epoca in cui venne contratta la sifilide mal si potrebbe definire per le anzidette considerazioni. Delle 29 donne una morì di setticoemia, 17 ebbero un puerperio perfettamente fisiologico, le altre ammalarono di forme puerperali poco gravi di cui guarirono completamente. Quale sarà stato l'ulteriore destino dei nati vivi in apparenza sani? Per alcuni di essi ebbi io stesso campo ad osservare poco dopo l'irrompere di forme indubbiamente sifilitiche: e per la maggior parte degli altri la sorte non deve essere stata tanto migliore quando si pensi che i nati da donne sifilitiche sono affidati all'allattamento artificiale e devono quindi superare l'affezione che incombe su di loro ed i danni dell'alimentazione artificiale.

Uretrite blenorragica seguita da gonilite sinistra. — Dopo le osservazioni di sifilide poniamo qui questa osservazione pel suo grande interesse per le questioni che si aggirano sui rapporti tre la blenorragia e le affezioni articolari.

N. 91 - Anno 1877 — Ipara, d'anni 20, sarta, entra nell'Ospizio il 5 aprile, gravida verso la metà dell'8° mese. La donna al suo ingresso si constata affetta da uretrite blenorragica allo stato subacuto.

6 aprile: tumefazione e dolore notevole al ginocchio sinistro, circonferenza dell'arto a livello della rotula cent. 40, al disotto del ginocchio 30 cent., al disopra dei malleoli 20, al disopra del ginocchio 39, mentre all'arto sano si avrebbe al disopra dei malleoli 19, al disotto del ginocchio 27, a livello della rotula 32, al disopra del ginocchio 31. Injezione ipodermica d'acido fenico (1 %). Fasciatura a tutto l'arto: essa però non è tollerata.

7 aprile: Sera T. 38. Non brivido. Applicazione dell'apparecchio ad estensione continua (peso traente 4 kgr.) che è discretamente tollerato. Iniezione ipodermica di acido fenico.

8 aprile: T. 37, peso traente kilogr. 5 ½. La giuntura è dolorosa in corrispondenza del legamento tibio-rotuleo. Iniezione ipodermica di acido fenico e morfina.

9-10 aprile: Si continua nelle trazioni collo stesso peso.

11 aprile: Si continua nelle trazioni e si applicano ai lati due vescicanti. L'apparecchio ad estensione venne continuato fino al 10 maggio. Pennellature generose di tintura di iodio. Miglioramento notevole, la donna può appoggiarsi sull'arto affetto e solo verso sera sente un senso doloroso di peso e la giuntura si fa alquanto tumida. Questi fenomeni vanno sempre più diminuendo fino al 14 maggio in cui si manifestano le prime doglie.

Parto spontaneo a termine il 15 maggio. Puerperio fisiologico.

Tetania. — N. 184 - Anno 1877 — Ipara, d'anni 20, servente, entra nell'Ospizio il 28 luglio. Non si ricorda di aver fatto malattie di sorta prima dell'anno 1875. In tale epoca ricorda di aver avuto due attacchi di convulsioni generali senza perdita di conoscenza, seguite, al dire della donna, da emissioni abbondanti di urine. Venne mandata per tale malattia alla Rotonda, dal quale Ospedale usciva 15 giorni dopo. Il 1° attacco convulsivo avvenne in seguito a spavento. Entrata a S. Caterina, di lì a tre o quattro mesi, cominciò a risentire dolori, formicolìo agli arti del lato destro, che poi si convertirono in contrattura dolorosa, che rimase limitata al lato destro e che durava, con brevi pause a rari intervalli, per circa un mese e mezzo. Fino al giorno 2 novembre stette abbastanza bene, il mattino del 2 novembre comincia a lamentarsi di pirosi, di stitichezza, dolori lungo l'arto addominale destro, localizzato specialmente alle articolazioni e bruciore nell'orinare: si amministra magnesia calcinata, si prescrive il riposo, si praticano irrigazioni di acqua di malva.

3 novembre. Qualche evacuazione, scomparsa la pirosi, diminuito il bruciore nell'urinare. Il dolore lungo l'arto destro va aumentando. Verso sera dolore vivissimo alla gamba ed al braccio di destra che insorge ad un tratto. Havvi rigidità degli arti che sono in stato di contrattura. Iniezione sotto-cutanea di morfina con atropina.

4 novembre. Persiste la contrattura dolorosa delle due estremità del lato destro; la donna non può muovere gli arti, cercando di flettere le dita o di muovere l'arto in massa si provocano vivi dolori e si sente una resistenza notevolissima. L'arto destro inferiore è esteso, il piede è in posizione equina, pure esteso è il braccio destro, le dita sono leggermente flesse. Iniezione di morfina. Bromuro di potassio grammi 2.

5 novembre. Diminuita alquanto la rigidità dolorosa nella gamba destra, persiste invece nel braccio destro: durante la notte formicolìo nel braccio sinistro e a poco a poco contrattura dolorosa di tutto

l'arto. Bromuro di potassio grammi 3, oppio in pillole 5 centigr. La donna accusa di tanto in qualche contrazione.

6 novembre. Persiste lo stato di ieri: inoltre ritenzione di urina. Eterizzazione lungo la colonna vertebrale. Cateterismo vescicale. Urine densità 1007, acide, senz'albumina.

7 novembre. La rigidità è quasi scomparsa alla gamba destra, persiste agli arti superiori. Urinazione spontanea. Nuova eterizzazione lungo la colonna vertebrale.

10 novembre. Quasi completamente dissipate le contratture degli arti inferiori. Applicazione di corrente continua discendente (5 minuti, 15 elementi).

Malgrado l'uso continuo della corrente galvanica, le condizioni della donna persistono immutate con bruschi passaggi dal miglioramento al peggioramento e viceversa, e coll'alternarsi delle contratture ora in questo ora in quell'arto sino all'epoca del parto avvenuto il 18 dicembre, in presentazione di vertice in O. I. S. A. Il feto pesava 3290 grammi: dopo il parto si dissiparono in modo completo le alterazioni di sensibilità e di motilità. Il puerperio fu fisiologico.

Paraplegia da mielite. N. 62 - Anno 1879 — Vpara, di professione cucitrice, d'anni 35, entra nell'Ospizio il 20 marzo 1879. Le prime quattro gravidanze decorsero regolarmente a termine con parti spontanei, facili, seguiti da puerperii fisiologici. Non ricorda l'epoca dell'ultima menstruazione nè quella dei primi moti attivi. La forma morbosa attuale sembra aver avuto inizio circa tre settimane or sono senza fenomeni febbrili accentuati, senza dolori spinali: cominciò ad avvertire formicolìo agli arti inferiori, preceduto da un senso di debolezza e prostrazione generale, da lei attribuito specialmente alle veglie passate nell'assistere un'ammalata. Colla prostrazione delle forze andò di pari passo la denutrizione dell'organismo e la diminuzione della funzionalità degli arti inferiori. A domicilio la funzionalità vescicale era rimasta integra: nell'Ospizio invece si deve ricorrere al cateterismo.

S. P. Molto denutrita, anemica, risonanza polmonare normale. Respiro vescicolare. Toni cardiaci normali, soffio inorganico all'apice del cuore e sui grandi vasi. Visceri ipocondriaci nei confini. Appetisce e digerisce bene i cibi.

Sistema nervoso. — Pupille normali ben reagenti allo stimolo luminoso. Nessuna deviazione degli assi oculari. Sensi specifici normali. Nessuna deviazione della spina. Nessun punto doloroso apofisario alla

pressione. Sensazione dolorosa a fascia alla regione lombo-addominale. La spugna imbevuta di acqua calda la si scorre lungo la spina non provocando sensazione dolorosa. Da otto giorni alvo chiuso; da due giorni è necessario il cateterismo vescicale. Formicolìo lungo gli arti inferiori, abolita la loro mobilità, aboliti i movimenti riflessi. Dall'inizio della malattia gli arti inferiori sono dimagrati. Sensibilità dolorifica molto diminuita. Sensibilità calorifica alterata con inversione qualche volta completa delle sensazioni di caldo e di freddo. Sensibilità tattile molto diminuita specialmente alla faccia esterna degli arti. Alla corrente faradica i muscoli reagiscono quasi normalmente: diminuita invece la sensibilità. Sensibilità maggiore alla galvanica che non alla faradica. Si fa uso metodico della corrente galvanica e della stricnina.

Parto a termine spontaneo il 26 marzo di feto in presentazione del vertice in O. I. D. A. del peso di grm. 2950. Periodo dilatante ore 2. 15. Periodo espulsivo 10 minuti, secondamento spontaneo.

Puerperio fisiologico dal punto di vista ostetrico, ma nel decorso di esso si manifestano piaghe da decubito al sacro, al gran trocanteri, ai calcagni, per cui la si invia all'Ospedale 3 settimane dopo il parto.

Paralisi crociata. — Le malattie del sistema nervoso a base materiale nello stato di maternità, fatta quindi astrazione dalle fuggevoli manifestazioni isteriche ed isteriformi, sono studiate poco relativamente a quello che si fa ad es. per le malattie di cuore, per le polmonari per quelle infettive. Esse non sono molto rare ed io stesso ne ho osservate parecchie nella pratica privata e nell'Ospedale Maggiore: che se in sì scarso numero si presentano in questo Ospizio egli è che per inveterata abitudine le gravide ammalate si mandano a preferenza all'Ospedale. Che la produzione di lesioni cerebrali non debba essere rara già ce lo fanno prevedere i mutamenti profondi che avvengono nel circolo materno durante lo stato puerperale, ipertrofia di cuore, aumento della tensione aortica, alterata crasi sanguigna e per essa alterata nutrizione delle pareti vasali, frequenza dell'albuminuria, formazione di trombi periferici, ecc. La produzione di lesioni cerebrali inamovibili, d'indole distruttiva può in genere ricondursi a tre cause; emorragia, embolo, albuminuria co' suoi effetti, anemia ed edema cerebrale.

Nell'emiplegica gravida ricoverata in questo Ospizio, l'emiplegia

non si produsse veramente sotto i nostri occhi, ma la sua origine rimontava a qualche anno prima. Siccome per altro erasi manifestata durante la gravidanza, siccome la donna sa fornirci particolari abbastanza esatti, e poichè noi constatammo gli effetti durevoli della lesione allora subita, merita che qui se ne faccia cenno.

N. 55 - Anno 1877 — IVpara, d'anni 26, cucitrice, entra nell'Ospizio il 22 febbraio, gravida alla fine dell'8° mese. Presenta paresi di moto della metà sinistra del tronco, degli arti sinistri, della metà destra dei muscoli della faccia. La lingua non è deviata. Le diverse specie di sensibilità sono diminuite pure in senso crociato. Mentre a destra sente le due punte del compasso alla divaricazione di 3 mill. al polpastrello delle dita, a sinistra sente ancora una sola punta a divaricazione di 5 mill. Sul dorso della mano sinistra avverte 2 punte a 22 mill., mentre a destra le sente a soli 6 mill. Mentre un cerino acceso è sentito alla distanza di 62 mill. a destra, a sinistra invece non si sente che alla distanza di 2 $^1/_2$ mill. La forza muscolare è pure diminuita a sinistra: il dinamometro nella mano sinistra dà kil. 10 $^1/_2$, mentre a destra dà 42 kil. La paziente nel camminare trascina la gamba sinistra, colla quale scopa quasi il terreno (*sweeps the ground* (*Todd*).

La paziente non ha lesioni al cuore.

Tale paralisi è dovuta ad apoplessia cerebrale avvenuta il 4 settembre 1874. L'apoplessia avvenne durante la gravidanza al 7° mese e fu preceduta da qualche fenomeno prodromico costituito da malessere generale, irrequietudine, cefalea. Il colpo apoplettico avvenne durante la defecazione e la donna ebbe perdita completa del senso, del moto, dell'intelligenza. Questa venne ricuperata dopo 5 giorni circa, mentre la paralisi di senso e di moto persistette inalterata sino ad un mese circa dopo il parto avvenuto a termine nell'Ospedale Maggiore, dopo di che andò progressivamente migliorando sino al punto attuale.

Il parto attuale fu spontaneo, a termine (19 marzo) e non presentò nulla di anormale sotto il rapporto contrazione. Presentazione di vertice in posizione O. I. S. A. Periodo dilatante ore 14. 40. Periodo espulsivo 0. 10. Secondamento spontaneo. Puerperio morboso per endometrite. Guarigione. La paziente usciva il 22 aprile: durante la degenza nell'Ospizio la donna era stata sottoposta alla cura galvanica e ne aveva tratto qualche miglioramento.

Cardiopatie organiche. — I rapporti che intercedono tra circolo e gravidanza, vuoi in condizioni fisiologiche, vuoi in condizioni patologiche e l'influenza reciproca che tra loro esercitano le viziature valvolari e la gravidanza ed il puerperio, costituiscono uno degli argomenti più accarezzati da patologi ed ostetrici. In questi ultimi cinquant' anni Larcher, Beau, Ducrest, Blot, Durozier, Löhlein aprirono la via colle loro indagini anatomo-fisiologiche agli studii clinici di Hecker, di Spiegelberg, di Peter, di Lebert, di Fritsch, di Marty, di Chiara, di Macdonald per citare i principali. E non è punto fondato il rimprovero di Peter che gli ostetrici avessero trascurato questo argomento, poichè gli studii di Hecker e di Spiegelberg sono anteriori a' suoi, ed il Prof. Chiara, per quanto sintetizzasse solo tardi (1877) le sue impressioni cliniche, pure e nell'insegnamento e nella pratica clinica sempre ne riconobbe la grande importanza fino dai primi tempi in cui assunse la direzione di questo Ospizio. Ed in poche questioni c'è tanto accordo quanto nel segnalare come sia perniciosa l' influenza che le cardiopatie esercitano sulla gravidanza e sul puerperio e questi su quelle. Volendo pur dare importanza anche all'aumento della massa sanguigna mi sembra indubitabile come una gran parte degli inconvenienti e dei pericoli provenga dallo squilibrio grave di pressione che apporta l' *intercalarsi* del circolo utero-placentare tra arterie e vene utero-ovariche, per cui dapprima un aumento di pressione nel circolo aortico ed un aumentato lavoro del cuore, indi collo svuotamento dell'utero una diminuita pressione del sistema aortico, un sovrariempimento del circolo venoso, a cui tendono inesorabilmente tutte le viziature valvolari.

Il mio maestro così compendiava come in un quadro sinottico gli accidenti cardiaco-puerperali:

1° caso. La gravidanza giunta al 4° o 5° mese si termina con un aborto e questo ora esordisce con le contrazioni uterine e l'emorragia, ora è un aborto interno per morte del feto, la cui espulsione si farà più o meno tardi.

2.° La interruzione della gravidanza accade più tardi al 7° od 8° mese e il parto prematuro è preceduto o non dalla morte del feto.

3.° La gravidanza è trascorsa, se non felice, discretamente regolare fino al termine, il parto esordisce sotto favorevoli auspici e poi un accidente pneumonico (dispnea) o cerebrale (embolismo,

emorragia) o cardiaco (sincope) od altro impone all'ostetrico un atto operativo.

4.° Il primo tempo del parto, la espulsione del feto fu regolare; il secondamento invece è preceduto, accompagnato e seguito da emorragia inquietante ed ostinata.

5.° Gravidanza e parto regolari, emorragia tardiva (2°, 3° e 4° giorno di puerperio).

6.° Il puerperio, dopo una gravidanza e parti naturali, accenna ad essere fisiologico, quando compariscono i fenomeni di collasso o astenia cardio-vascolare e la donna soccombe ora rapidamente, ora improvvisamente.

Le 12 osservazioni che qui verrò esponendo (tante se ne ebbero nel quinquennio) dimostreranno ad evidenza come le tinte del quadro non fossero punto oscurate. Ad alcune di esse non faccio che accennare, poichè le osservazioni in extenso troveranno posto migliore in altri capitoli a cui si rimanda il lettore.

N. 287 - Anno 1876 — IIpara, d'anni 27, sifilitica e sottoposta per questo a cura idrargirica, entra nell' Ospizio il 5 novembre. Ha dispnea, cefalea, facili epistassi, edema agli arti inferiori, soffio sistolico aspro all' apice (insufficienza mitrale). La digitale ed il latte migliorano alquanto le sue condizioni ed aumentano la diuresi notevolmente. Inizio del travaglio il 15 dicembre: presentazione di vertice in O. I. S. A. A dilatazione completa rottura artificiale delle membrane: sospensione del travaglio che riprende 38 ore dopo: parto spontaneo di feto vivo del peso di gr. 3325.

Emorragia dopo il parto di 500 grammi. Puerperio morboso. Guarigione.

N. 14 - Anno 1877 — IXpara, d'anni 36, ebbe 7 aborti. — Entra nell'Ospizio il 14 gennaio gravida alla fine del 6° mese. Soffre di tanto in tanto qualche vertigine o minaccie di lipotimia, risonanza polmonare normale, respiro vescicolare. Cuore aumentato in tutti i sensi, più nel longitudinale: la punta batte nel 6° spazio intercostale all'esterno della linea mamillare. Soffio aspro sistolico all'apice (insufficienza mitrale); accentuato il 2° sulla polmonare: inappetenza, stitichezza. Parto rapido il 19 gennaio di feto in presentazione di vertice in O. I. S. A. La placenta presenta qualche placca fibrinosa alla periferia. Puerperio normale.

N. 44 - Anno 1877 — IIpara, d'anni 33, contadina. All'età di 17 anni e senza causa apprezzabile, cominciò a soffrire di cardiopalmo. Questo, senza molto esagerarsi, continuò sempre. L'esame fisico la dimostra affetta da insufficienza mitrale. Divenuta gravida gli attacchi di cardiopalmo non si fecero nè più frequenti nè più gravi. La gravidanza antecedente decorse regolarmente a termine con parto spontaneo seguito da puerperio fisiologico. Anche l'attuale gravidanza fu regolare ed il parto spontaneo a termine. Secondamento regolare. Puerperio regolare.

N. 54 - Anno 1877 — IIpara, la 1ª gravidanza fu interrotta spontaneamente nel 4° mese; è d'anni 29, di professione servente. Presenta edema agli arti inferiori, cefalea, cardiopalmo. Insufficienza mitrale e stenosi aortica. L'attuale gravidanza è a termine. Parto spontaneo, in presentazione di vertice, di feto vivo, del peso di gr. 2900. Dopo il secondamento emorragia di circa 400 grammi che si rinnova il giorno successivo in quantità di 200 grammi. — Puerperio morboso, guarigione.

N. 131 - Anno 1877 — Ipara, d'anni 24, domestica. Entra nell'Ospizio il 31 maggio; rumore di soffio intenso, rude sistolico in corrispondenza del 2° spazio intercostale destro, aritmia cardiaca, catarro bronchiale. Il parto si inizia a termine: presentazione di vertice in O. I. D. P.: — rotazione dell'occipite all'avanti: periodo dilatante ore 17. 30: la gravissima dispnea della madre, dopo 30 minuti di periodo espulsivo, costringe ad una applicazione di forcipe, con cui estrae un bambino vivo. Nessun accidente durante il secondamento. Puerperio fisiologico.

N. 264 - Anno 1877 — Vpara, d'anni 32: ebbe antecedentemente un aborto e 2 parti prematuri. Entra nell'Ospizio l'11 ottobre nel corso del 7° mese in travaglio. - V. in O. I. S. P. che si riduce. Dispnea e tosse insistente, con espettorazione schiumosa abbondante. Soffio rude diastolico al 2° spazio intercostale di destra. Polso celerrimo. Parto spontaneo di feto del peso di gr. 1540. Puerperio febbrile; morte in 18ª giornata di puerperio per le conseguenze del vizio cardiaco. All'autopsia edema polmonare, insufficienza delle valvole aortiche. Fegato noce-moscata, rene grosso, bianco.

N. 299 - Anno 1877 — VIIIpara, d'anni 36, lavandaia, affetta da insufficienza mitrale e stenosi aortica. Parto spontaneo a termine di

feto del peso di gr. 3500. Periodo dilatante ore 4. 10. Periodo espulsivo 0. 5. Nessun accidente al secondamento malgrado la cardiopatia organica. Puerperio regolare.

N. 100 - Anno 1878 — Ipara, d'anni 27, tessitrice. Entra nell'Ospizio il 5 maggio. Figlia a madre epilettica ed a padre sempre malaticcio, tuttora viventi, fu travagliata dal 9º all' 11° anno di vita da affezioni scrofolari delle ghiandole cervicali e delle ossa. Ebbe osteoperiostite del femore sinistro al suo 3º inferiore, che la tenne a letto per sei mesi e di cui guarì solo dopo l' estrazione di un sequestro. Dopo non ebbe altre malattie di rilievo. La gravidanza decorse abbastanza bene, accompagnata soltanto nei primi mesi da alcune turbe riflesse nella sfera del sistema digerente. L' esame attuale rileva quanto segue:

Abito esterno: denutrita, anemica, cicatrici deformi da adeniti scrofolose suppurate ad ambo le regioni cervicali; cammina bene; presenta altra cicatrice profonda, aderente al 3º inferiore della coscia sinistra. Non presenta note di rachitismo.

Apparato digerente e sistema nervoso normali.

Apparato respiratorio e circolatorio: risonanza polmonare normale, respiro vescicolare aspro. Itto cardiaco diffuso nel 5° spazio intercostale. Rumore asprissimo di va e vieni alla punta. Accentuato il 2º tono sulla polmonare, aumentato il diametro trasversale, non turgide le giugulari.

Parto spontaneo il 7 luglio in presentazione di vertice in posizione O. I. D. P. ridotta, feto del peso di gr. 2500.

Emorragia dopo il secondamento di 400 grammi.

Puerperio morboso per difterite dei genitali esterni. Guarigione.

N. 111 - Anno 1878 — Ipara, gravidanza gemellare, insufficienza mitrale, grave dispnea in soprapparto. Due applicazioni di forcipe. Guarigione. (V. gravid. gemell. e forcipe).

N. 163 - Anno 1878 — IIIpara, d' anni 25, entra nell' Ospizio il 24 luglio, gravida alla fine del 7º mese. Insufficienza mitrale - anasarca - provocazione del parto - guarigione (V. parto provocato).

N. 258 - Anno 1878 — La cardiopatia organica (stenosi ed insufficienza aortica) si sviluppa in puerperio (V. puerperio).

N. 64 - Anno 1879 — Pluripara, insufficienza mitrale, gravi disturbi polmonari, prov. parto prem. a feto e madre salvi (V. parto prem. provocato).

Facciamo ora il bilancio, triste bilancio, degli accidenti osservati in questi casi. Omettiamo nel computo l'osservazione N. 258, anno 1878, perchè essendosi sviluppata la cardiopatia in puerperio, è nel capitolo *Puerperio* che troverà il suo posto naturale ed occupiamoci soltanto delle altre 11, che riassumo in questa tavola, in cui è notata la qualità del vizio e la natura degli accidenti:

N. progr.°	Qualità del vizio	Natura degli accidenti.
1	Insufficienza mitrale.	Emorragia dopo il parto.
2	id. id.	Aborti ripetuti - parto prematuro spontaneo - placche fibrinose nella placenta.
3	id. id.	Nessun accidente.
4	Insufficienza mitrale e stenosi aortica.	Aborti - Emorragia dopo il secondamento.
5	Stenosi aortica.	Dispnea grave in soprapparto che costringe l'arte ad intervenire col forcipe.
6	Insufficienza aortica.	Parto prematuro spontaneo dispnea grave - morte.
7	Insufficienza mitrale e stenosi aortica.	Nessun accidente.
8	Stenosi ed insufficienza mitrale.	Parto prematuro spontaneo. Emorragia dopo il secondamento.
9	Insufficienza mitrale.	Grave dispnea in soprapparto - Forcipe.
10	id. id.	Anasarca - Albuminuria - Provocazione parto - Guarigione.
11	id. id.	Gravi disturbi polmonari - provocazione del parto - Guarigione.

Le deduzioni terapeutiche ne derivano in modo evidente, consigliare alla nubile cardiopatica l'astensione dal matrimonio, alle maritate la circospezione nell'affrontare lo stato di maternità, alle puerpere l'astensione dell'allattamento, conservare scrupolosamente le norme igieniche proprie di tale stato morboso, aspettarsi di frequente all'indicazione d'interrompere le gravidanze, in soprapparto ricordare i pericoli che per lo squilibrio di pressione ne derivano da un travaglio troppo prolungato e giovarsi quindi dei vantaggi che possono trarsi dal nostro intervento, rottura delle membrane, forcipe, versione, sovvenendosi però sempre dai gravi pericoli che porta con sè lo svuotamento dell'utero, massime se rapido, onde prepararsi a prevenirli od a combatterli efficacemente.

Infezione da malaria. — Che lo stato di gravidanza non presenti immunità di sorta contro l'infezione malarica fu già da tempo dimostrato all'evidenza da Griesinger e da Ritter. Ma ben altre e di maggior importanza sono le questioni che si aggirano sull'influenza reciproca che fra loro esercitano infezione malarica e stato di maternità.

L'infezione malarica influenza la durata della gravidanza? E se sì in qual modo?

L'infezione malarica influenza l'atto del parto?

Il parto a sua volta influenza il modo di manifestarsi accessionale della infezione stessa, inducendo una sosta degli accessi periodici, come osservò Ritter, ovvero provocando la recidiva di forme latenti come vorrebbe Cuzzi?

Le puerpere sono colpite con predilezione in modo primitivo dalla malaria come sostengono Ritter e Mendel?

Come si comporta l'infezione in riguardo al bambino?

Come dobbiamo comportarci in riguardo alla cura?

Chi fosse vago di sviscerare questo argomento troverebbe ampio materiale nei lavori di Ritter, di Griesinger, di Cuzzi, di Göth e molti altri. Io mi limito qui a rivedere in brevi note quanto ho potuto raccogliere nelle cartelle cliniche di questo quinquennio, facendolo seguire da qualche osservazione e ricordando nuovamente come molte questioni sulla patologia gravidica, non possono che essere sfiorate in una Maternità in cui le donne si accolgono in travaglio o negli ultimi tempi della gravidanza.

N. 15 - Anno 1875 — Febbre palustre a tipo terzanario in gravidanza, curata col chinino. Parto a termine spontaneo. Periodo dilatante 16 ore. Nessun accidente. Apiressia in puerperio.

N. 95 - Anno 1875 — Entrata in travaglio. Cachessia palustre, enorme tumore splenico da malaria: a domicilio tentativi di liberazione col forcipe - pelvi normale - morte del feto - timpanite uterina - embriotomia (V. questa) - emorragia consecutiva di 500 grammi. — Morte per setticoemia.

N. 316 - Anno 1877 — Ipara, pelvi viziata, entra nell'Ospizio il 15 dicembre. Voluminoso tumore cronico di milza da malaria. Provocazione del parto prematuro, embriotomia complementare. Nessun accesso di febbre intermittente in puerperio. Guarigione.

N. 26 - Anno 1879 — Ipara, pelvi piatta; entra nell' Ospizio il 29 gennaio. Nell'ottobre sofferse di febbri intermittenti da malaria di cui non indica il tipo. Parto spontaneo a termine. Periodo dilatante 6 ore, periodo espulsivo 1 ora. Nessun accidente. Puerperio morboso per parametrite.

N. 55 - Anno 1878 — Ipara, entra nell'Ospizio il 25 marzo. Nel corso della gravidanza ebbe per tre mesi febbri palustri che non si ripetono nell'Ospizio. Nessuna cura. Parto spontaneo, a termine, in presentazione del vertice il 3 maggio: 1° periodo ore 14, 2° periodo 2. 45. Nessun accidente durante e dopo il secondamento. Nessuna recidiva in puerperio.

N. 73 - Anno 1878 — Ipara, entra nell'Ospizio il 6 aprile. In corso di gravidanza febbre palustre per due mesi, che non si manifesta nel tempo di degenza nell'Ospizio. Parto prematuro spontaneo in presentazione del vertice - 1° periodo 23 ore - 2° periodo 1 ora. Nessun accidente nel secondamento. Nessun accesso in puerperio.

N. 83 - Anno 1878 — Ipara, entra nell'Ospizio il 16 aprile. Voluminoso tumor cronico di milza da malaria. Nella sua degenza nell'Ospizio nessun accesso, nessuna cura. Parto a termine spontaneo il 10 maggio. Inerzia nel periodo dilatante che richiede l'introduzione di una siringa nell'utero. Emorragia dopo il secondamento. In puerperio nessun accesso.

N. 164 - Anno 1878 — Primipara, entra in Ospizio il 25 luglio. Cachessia palustre. Nessun accesso durante la sua degenza. Parto a termine spontaneo in presentazione del vertice. — Periodo dilatante ore 12 - 2º periodo ore 4. Nessun accidente nel secondamento. Endometrite puerperale. Febbre pressochè continua con due elevazioni accessionali precedute da brivido in 2ª e 3ª giornata di puerperio. Impossibile sceverare la parte dovuta al processo morboso puerperale e quella dovuta ad una eventuale recidiva della forma palustre.

N. 233 - Anno 1878 - IIpara, entra nell'Ospizio il 1º ottobre. Nella gravidanza sofferse per 5 mesi di febbre palustre quotidiana. — Nell'Ospizio nessun accesso. Parto spontaneo a termine il 24 ottobre: 1º periodo ore 2. 15 - 2º periodo 0. 15. Emorragia dopo il secondamento, ma da lacerazione del collo. Puerperio morboso per endometrite.

N. 280 - Anno 1878 — Ipara, entra nell'Ospizio il 27 novembre. Sofferse in gravidanza, a domicilio, febbre palustre che non si manifestò durante la sua degenza. Parto prematuro spontaneo. — Vertice 1º periodo ore 4; 2º periodo 1. 10. Emorragia dopo il secondamento. Nessun accesso in puerperio.

N. 13 - Anno 1879 — Ipara, entra nell' Ospizio il 10 gennaio. A domicilio febbre palustre in gravidanza curata col chinino. Nessun accesso nell'Ospizio. Parto spontaneo a termine. 1º periodo 11. 30 - 2.º periodo 0, 30. In 2ª giornata di puerperio brivido con elevazione a termica a 39. 5, ma al mattino successivo non si ha apiressia.

3ª giornata	ore	8 ant.	38. 7
	»	3 pom.	39. 4
	»	8 »	39. 7
4ª giornata	»	8 ant.	37. 5
	»	3 pom.	38
	»	8 »	38. 3

Indi nei giorni successivi apiressia.

N. 228 - Anno 1879 — IIpara, entra nell'Ospizio il 22 settembre. Nei primi tre mesi di gravidanza, a domicilio, febbre intermittente, che non si ripete durante la sua degenza nell' Ospizio. Parto a termine strumentale per inerzia uterina e minaccia di asfissia del feto. Secondamento normale. Brivido di freddo in 8ª giornata con eleva-

zione termica a 40, ma il giorno successivo la temperatura non rimette e presenta la seguente curva:

9ª giornata	ore 8 ant.	T. 39
(ripetizione del brivido)	» 3 pom.	» 40. 1
	» 8 »	» 38. 9

Presenta un punto dolente alla mammella sinistra. Il giorno successivo apiressia, e così pure nei seguenti.

La topografia stessa di Milano e di una parte delle regioni, da cui ci provengono le gravide, è atta a fornirci un grande materiale clinico per lo studio delle questioni dapprincipio accennate. Che se qui figurano soltanto 12 osservazioni, egli è che nel percorrere le cartelle cliniche ho voluto scegliere quelle sole in cui l'infezione palustre era così nettamente designata da evitare ogni causa di errore. Due volte in donne affette durante la gravidanza da forme palustri, si osservò l'interruzione spontanea della gravidanza, ma quando le forme accessionali eransi già dissipate da tempo più o meno lungo. E qui notisi che tale studio è reso difficile dal fatto che il più delle volte, nelle gravide che entrano nell'Ospizio e che provengono da clima palustre, basta il cambiamento di clima e di alimentazione per por fine agli accessi febbrili. L'influenza di questi sulla interruzione della gravidanza è una questione la cui soluzione è affidata ai medici della campagna e che può avere rapporti importanti colla questione terapeutica, massime dopochè nell'animo di qualcuno si è ingenerato il dubbio sulla da noi negata azione ecbolica dei preparati di chinina. — Dimostrata come vorrebbesi da Góth e come risulta dai fatti da lui esposti, l'azione provocatrice del parto della infezione malarica, l'amministrazione del chinino sarebbe non soltanto utile ma indispensabile e doverosa. Certo l'esperienza di Góth è molto eloquente a tale riguardo, poichè sopra 46 casi soltanto in 27 la gravidanza avrebbe raggiunto il suo termine normale. E niuna meraviglia infatti che la grande elevazione termica dell'accesso da una parte o l'azione del quid specifico e dell'anemia concomitante dall'altra possano cooperare a raggiungere tale risultato.

Quanto alle opinioni contrarie di Ritter e di Cuzzi sulla influenza esercitata dal parto sull'accesso febbrile, le osservazioni

qui deposte non parlerebbero forse in favore nè dell'una nè dell'altra, ma piuttosto in favore di una mancanza di azione determinata dell'atto del parto. Chè se nuovi fatti comprovassero la influenza ammessa da Cuzzi, non sarebbe logico l'ammettere, invece di una oscura e nebulosa azione del traumatismo del parto, l'influenza invece di un *raptus sanguinis* in causa della diminuita pressione addominale dopo il parto per cui dalla milza più o meno tumida e ricettacolo e serbatoio di germi, si precipitasse nel circolo generale una maggior quantità di principii determinanti l'accesso febbrile ?

Albuminuria. — Questo argomento è così intimamente collegato coll'altro della eclampsia e della provocazione del parto prematuro da esserne quasi inseparabile, ed è precisamente alla rubrica provocazione del parto che noi ci occuperemo diffusamente di questo argomento. Se con ciò resta già adombrato il concetto che ha la scuola sulla patogenesi dell'eclampsia e sull'utilità dell'intervento ostetrico, non si vuol dire che ogni caso di albuminuria richiegga od abbia richiesto questo, ma mi pare utile in argomento di tanta importanza, non scindere la trattazione in separati capitoli.

Osteomalacia. — Anche dei casi discretamente numerosi di questa malattia non occorre qui far parola risguardando quasi tutti donne ricoverate in travaglio o poco prima e che richiesero atti operativi più o meno gravi, per cui nei singoli capitoli referentisi a questi, troverà il lettore le rispettive storie cliniche.

Anemia perniciosa progressiva. — Nello stato di maternità e fuori di essa già da parecchi clinici, da Addisson e da Lebert, in modo speciale, si erano osservate forme gravissime di anemie a decorso letale. L'attenzione degli ostetrici in questo argomento fu richiamata per altro più tardi, specialmente dai lavori di Gusserow, di Valsuani, di Biermer, che introdusse nel commercio scientifico la formula clinica che sta in capo di questo paragrafo. Tale formula per la sua sufficiente precisione clinica venne adottata quasi generalmente col sottinteso di considerare tale espressione, come scrive Immerman, quale « una specie di tetto, sotto il quale pel momento tutto un popolo, forse anche di origine molto diversa ed in parte pure, di costumi ancora differenti, debbono dimorare e tollerarsi, fintantochè al medesimo non venga altrove

preparato un posto acconcio nel sistema etiologico della patologia. » Certo si è che nel gran numero di casi il decorso letale giustifica l'epiteto di progressiva. Le inalazioni di ossigeno che sembravano aver dato buoni risultati nelle mani di Frankenhaüser si dimostrarono inefficaci in altri casi. Solo l'esperienza successiva e l'analisi diligente dei casi osservati nello stato di maternità, potrà stabilire fino a qual punto possa essere utile l'intervento ostetrico rivolto ad interrompere la gravidanza. Ecco ora la storia del caso osservato nel quinquennio.

N. 245 - Anno 1879 — Contadina, d'anni 35, entrava nell'Ospizio il 15 ottobre. Proveniente da paese palustre non ebbe per altro mai a soffrire di febbri intermittenti, il suo vitto abituale è scarso, poco nutriente, privo affatto di carne. Ebbe antecedentemente 4 gravidanze, terminate con parti naturali seguiti da puerperii fisiologici. L'attuale gravidanza è giunta alla 2ª metà dell'ottavo mese. Quindici giorni avanti il suo ingresso in clinica fu travagliata da diarrea, cessata la quale, cominciò a notare gonfiore delle estremità inferiori e più tardi anche delle superiori.

S. P. Cute e mucose pallidissime: edematosa la guancia destra, e così pure gli arti superiori ed inferiori, ma in modico grado. Apirettica. Esame degli organi respiratorii e circolatorii perfettamente negativo, se si eccettui un soffio anemico all'apice del cuore e sui grandi vasi. Fegato e milza nei confini fisiologici. Urine acide, limpide, senza albumina, con sedimento modico, in cui col microscopio si riscontrano cellule di epitelio delle vie urinarie in parte ben conservate, in parte in via di degenerazione adiposa, cellule embrionali abbondanti ben conservate, isolate e raccolte in massa, infine qualche cilindroide del Thomas con scarse granulazioni albuminoidi.

Esame del sangue. — Globuli rossi disposti a pila un po' scolorati, di grandezza normale: spazii sierosi molto ampii e numerosi: globuli bianchi nella media di cinque per campo.

Pelvi semplicemente piatta: C. V. 88-90.

Il travaglio s'inizia prematuramente il 19 ottobre: presentazione di vertice in O. I. S. A. con associazione della mano destra e del funicolo: la mano si riduce spontaneamente nel corso del travaglio: il funicolo persiste e continua a pulsare regolarmente: alla 1. 40 ant. espulsione di un feto di sesso maschile, del peso di grm. 1850 che muore 10 minuti dopo. — Secondamento normale.

Sarebbe troppo lungo l'esporre minutamente le vicende del puer-

perio, e riportare dal giornale clinico le annotazioni riferentesi ai 68 giorni di puerperio, in capo ai quali la donna soccombeva. Esso può distinguersi in due periodi: il 1° contrassegnato dai progressi infrenabili dell'anemia e dalla persistenza della diarrea, che, qualche giorno diminuita, qualche giorno frenata, riprendeva però tosto, ribelle contro tutti i mezzi impiegati; il 2° periodo caratterizzato dall'unione di questi fenomeni, coi fenomeni insorti in modo secondario e dovuti al manifestarsi di una piaga gangrenosa profonda da decubito alla regione sacrale. Il reperto delle urine fu costantemente negativo ad eccezione degli ultimi tempi in cui apparve un lieve annebbiamento albuminoso: così pure fu sempre negativo l'esame delle feci rispetto all'anchilostoma. Nel corso della malattia gli edemi andarono scomparendo, e la donna mostrava un notevole grado di prosciugamento ed una straordinaria emaciazione. La temperatura ebbe curve irregolari e capricciose, segnalate da periodi abbastanza lunghi di apiressia, e da elevazioni termiche oscillanti fra 38° e 39°. Mai si ebbe ad osservare qualche sintoma riferentesi al campo strettamente puerperale. Oltre alla terapia della diarrea, si mise in opera contro la forma morbosa il chinino associato al ferro e le inalazioni di ossigeno. I reperti della tavola anatomica corrispondono ai due periodi segnalati nel campo clinico.

Autopsia. — Emaciazione generale. Diminuzione straordinaria del pannicolo adiposo. Spiccata anemia cerebrale. Cavi pleurici privi di liquidi: nel polmone destro punti sparsi di polmonia catarrale. Cuore piccolo, flaccido, adiposo. Fegato adiposo di volume normale. Milza un po' grossa: presenta un piccolo infarto colla forma caratteristica piramidale colla base rivolta alla superficie e l'apice al centro. I reni presentano nella sostanza corticale qua e là disseminati alcuni nodetti della grandezza di capocchie di spillo, di color grigio giallognolo (infarti miliari?) che incisi dànno un liquido purulento. Esame del tubo intestinale negativo. Nulla all'utero ed agli annessi. Vasta piaga gangrenosa con scopertura dell'osso alla regione sacrale.

In questa autopsia evidentemente si palesa il contrasto tra i reperti negativi risguardanti la forma morbosa essenziale quale si osservò nella gravidanza nei pochi giorni di degenza nell'Ospizio prima del parto, e nel primo periodo del puerperio ed i reperti della piemia dovuta alla vasta piaga gangrenosa da decubito. Il caso clinico, non è così classico, specie se lo si confronta coi casi di Biermer e di Gusserow; è però a notarsi come molte partico-

larità relative al decorso febbrile ed all'andamento della malattia sieno mancate od abbiano subito modificazioni più o meno notevoli anche in molti casi riferiti da altri autori. Comunque sta il fatto cardinale di un'anemia grave, progressiva, di cui sfugge la causa ad una indagine clinica prolungata, accurata e paziente. Due anni di servizio nel comparto ginecologico diretto dal Dottor Valsuani, ove ebbi campo ad osservare parecchi casi della forma da lui descritta col nome di « cachessia puerperale », mi diedero l'assoluta convinzione che tuttodì si nascondano molte incognite anche nel campo clinico, e che non sia ancora possibile il tracciare un quadro fenomenologico *tipico* di questa forma morbosa. Del resto l'analisi critica di questo caso sarà più approfondita in un lavoro che il Dott. Negri, giovandosi del materiale raccolto successivamente, intende di pubblicare su questo argomento.

Fibroma mammario. — Questa interessante osservazione venne resa di pubblica ragione dal Prof. Chiara, e qui la riproduco integralmente:

Una pluripara di 35 anni, attendente alla casa, è accolta nell'Ospizio milanese il 26 marzo 1877 sull'esordio dell'8º mese della sua quinta gravidanza; le prime tre fisiologiche terminarono con parto naturale; la penultima nel 1875 fu seguita da aborto di tre mesi; puerperi tutti fisiologici.

Allattò i suoi bambini per dieci mesi ed uno dell'Ospizio per un anno. È alta 1.52, ha pelvi normale, genitali regolarmente costituiti e cosparsi all'esterno di dilatazioni varicose, è anemica, di costituzione piuttosto gracile, ma senza precedenti morbosi di qualche rilievo; pubere a 16 anni non ebbe a soffrire mai disturbi menstruali nè alcuna malattia dell'apparato genitale.

Durante la gravidanza del 1875 avvertì una piccola intumescenza un po' bernoccoluta, affatto indolente, e mobile verso il margine esterno e linea mediana della mammella destra; pareva crescesse lentamente col progredire della gestazione; ma compiuto l'aborto la tumescenza si mantenne stazionaria fino al sorgere della gravidanza ultima. Infatti nei sette mesi passati fuori dall'Ospizio, il detto tumore assumeva rapido incremento, e senza recare alla donna altro disturbo che il peso, giungeva alle proporzioni seguenti notate nel momento del ricovero della donna; semicirconferenza verticale della mammella destra 35 ctm., semicirconferenza orizzontale sul capezzolo 38 ctm., diametro

verticale 135 mm., diametro trasverso 158. La mammella ha forma globosa, e superficie molto bernoccoluta, di consistenza quasi universalmente fibrosa, meno due bernoccoli uno allo esterno in basso, l'altro in vicinanza del capezzolo che sono manifestamente fluttuanti; nessun dolore nè spontaneo nè provocato; la pelle scorre sul sottostante tumore in tutto l'ambito di questo; numerose e grosse vene serpeggiano in tutti i sensi, ma specialmente all'esterno; dal capezzolo che è sporgente e libero si può spremere qualche goccia di siero, è marcatissima ed estesa l'areola punteggiata. Il tumore pende obliquamente in basso sostenuto da grosso peduncolo cutaneo; è impossibile a dire se il tumore sia completamente isolato da una cuffia connettiva, o se il suo tessuto non si continui in alto partecipando alla formazione del grosso peduncolo; si suppone però che abbia una nicchia completa di connettivo che la separi dell'aponeurosi pettorale: nessuna tumefazione sospetta nel cavo ascellare.

Ho detto che la donna non provava disturbo alcuno all'infuori dello stiramento dovuto al peso; ma questo era sì forte da mantenere nella gestante desiderio vivissimo di venire liberata dal suo tumore; ciò le promettemmo per l'epoca in cui avrebbe termine lo stato puerperale.

Il 10 maggio alle ore 9.25 pom. sgravavasi a termine, ed essendo in buona salute, di una femmina viva, ben conformata, sana e pesante 3200 grm.; secondamento normale, puerperio fisiologico. Compiuta la involuzione puerperale, e precisamente 64 giorni dopo il parto, il dì 14 luglio secondo la promessa fatta, ci adoperammo per liberarla dal tumore mammario giudicato un fibroma diffuso, con forse qualche escavazione cistica.

La operazione venne condotta nel modo seguente: Cloroformizzata la donna, con due lunghi e robusti aghi lanceolati si trafisse il peduncolo cutaneo a ridosso del tumore in disposizione crociata e poi con due giri di forte cordone elastico di gomma si strinse fortemente sotto i detti aghi con l'intento di far sporgere maggiormente il tumore a ridurre al minimo possibile i diametri del peduncolo ed anche per favorire la emostasi. In seguito si incidono gli integumenti con due tagli semilunari a destra ed a sinistra riuniti in alto e in basso; l'arteria mammaria esterna getta sangue in copia e vi si pone tosto una legatura; arrestata l'emorragia arteriosa e quella venosa non abbondante, si trafigge il tumore con un lungo trequarti per la cui cannula si fa passare un filo di ferro ricotto che si stringe con robusto serranodi: questa manovra tendeva a sminuzzare il tumore in modo incruento per rimovere l'imbarazzo che doveva recare la mole del tu-

more ai maneggi ulteriori; ma il filo si spezza contro la resistenza del tessuto fibroso.

In allora fatta passare la catena di uno schiacciatore Chassaignac al di dietro del tumore rasente i margini delle incisioni cutanee, si stringe lentamente, il tumore vien fatto sgusciare mentre la catena scivola all'indietro e si arresta contro agli aghi lanceolati, finchè il tessuto interposto, quello abbracciato dalla catena, cede come reciso e il tumore si stacca senza consecutiva emorragia dai vasi scorrenti nel peduncolo artificiale. Lavata accuratamente con acqua fenicata al 2 per % la larga breccia rimasta, si riuniscono i margini della ferita cutanea con sette punti di cucitura intercisa col filo di seta, tra punto e punto si mette una listerella di cerotto adesivo, e si ricopre il tutto con uno grosso strato di morbide filacce tenute in sede da una adatta bendatura.

Andamento e cura consecutiva. — Le conseguenze della operazione furono semplicissime; il polso un po' frequente nei primi giorni (da 112 a 120) discese a 96 mantenendovisi fino alla partenza della donna, il respiro da 20 a 24 e la temp. da 36.5 minima, a 37.6 massima.

Al 5º giorno dall'operazione si trova coalito perfetto in alto per un quarto circa della ferita; nel rimanente e tra i labbri alcuni coaguletti, e a un centimetro circa dalla ferita medesima la cute si sente uniformemente adesa sul fondo della breccia. Si tolgono le listerelle di cerotto e tre punti di sutura sul mezzo della ferita; medicatura con acqua fenicata, e all'interno, per combattere l'anemia che mantiene la frequenza del polso e un po' d'insonnia notturna, si amministrano alcune pillole d'oppio, vino di Marsala con tintura di china e acqua ferruginosa di Recoaro.

Il 22 luglio si trova la piaga detersa dove non è avvenuto il coalito per 1ª intenzione, e la suppurazione si riduce a poche goccie date dai condotti dei fili della sutura.

Il 28 la operata lascia il letto; la piaga si è notevolmente ristretta ed ha sempre bellissimo aspetto; le condizioni generali sono ottime.

Ai primi di agosto la piaga di forma oblunga è ridotta a due centimetri di altezza, e uno di estensione, e il 12 dello stesso mese cioè 28 dì dopo l'operazione la donna è dimessa dall'Ospizio in istato locale e generale soddisfacente.

Alcuni mesi dopo, versando essa in gravi strettezze, si presenta da noi per qualche soccorso pecuniario, e troviamo che, meno l'anemia prodotta dalla insufficiente nutrizione, lo stato suo locale e generale è quello di una perfetta guarigione.

Breve descrizione del tumore. — La massa esportata pesa 3253 grm., ha forma globosa ed è coperta per circa la sua metà da cute microscopicamente normale, ma molto oscura per la pigmentazione dovuta alla gravidanza. Il capezzolo sporge da un punto eccentrico della zona coperta della cute; ha forma normale, non è aderente, e lo circonda l'areola comune molto imbrunita. La cute scorre facilmente sulla massa neoformata e vi sta unita mediante tessuto cellulare lasso, e fortemente adiposo. La parte del tumore sprovvista di cute presenta contorni ben definiti, ed è ravvolta in una specie di cuffia costituita da tessuto fibroso. Spaccato il tumore nel senso del massimo diametro mostra la superficie del taglio assai irregolare; in alcuni punti il tessuto sentesi molto duro ed ha colore madreperlaceo, in altri invece si scorgono isole più o meno grandi fatte da un tessuto assai meno stipato e resistente, e di un colore traente al giallo; tra queste isole scorgonsi alcune cavità cistoidee di varia grandezza (da un grano di miglio a una noce, ed uno quanto un ovo di gallina con il fondo vicinissimo alla cute), contenenti un liquido sieroso, giallognolo non filante. In nessun punto si nota rilevante sviluppo di vasi sanguigni, nè qualche zona con pigmentazione marcata.

Esame microscopico. — Piacque all'egregio collega, il cav. Visconti, farne accurato esame microscopico per il quale lo ringrazio vivamente: il reperto è riferito dal distinto istologo nel modo seguente:

Fibro-adenoma qua e là intracanaliculare. — Il tessuto fibroso, ch' è l'elemento predominante, in talune parti si presenta stipato e scarso di elementi cellulari, in altre l'elemento cellulare connettivo è più abbondante, abbondantissimo in altri punti.

Fibromi uterini. — Costituiscono una delle complicanze abbastanza rare della gravidanza. Nel quinquennio 1875-79 ne vennero osservati tre casi.

In uno di essi, durante le contrazioni uterine, si osservò l'elevamento spontaneo del tumore che sbarrava quasi completamente l'ingresso pelvico e lo scavo.

Nel 2° (N. 5 anno 1878) esso non venne dimostrato che alla autopsia: il 25 marzo si ebbe parto spontaneo gemello. Morte il 2 aprile per pneumonite destra. All' autopsia si riscontra impiantato sulla parete posteriore uterina un fibroma sottomucoso, della grandezza di una noce rivestita del suo mallo e sulla via di peduncolarsi. La sua superficie era in via di sfacelo.

Nella 3ª osservazione (N. 197 anno 1878) un grosso fibroma

sottosieroso, concomitante l'idramnios induceva una sostituzione del piano laterale al vertice, per cui si rendeva necessaria un'operazione embriotomica. Il lettore troverà la storia clinica al capitolo presentazione della spalla (*Embriotomia sul tronco*).

Riferirò qui invece distesamente la 1ª osservazione:

Consonni Teresa, d'anni 38, contadina nata e domiciliata ad Osnago, gravida in 7º mese secondo il calcolo basato sull'ultima ricorrenza menstruale, ebbe altre nove gravidanze condotte regolarmente a termine, con parti spontanei, facili, l'ultimo dei quali avvenne nell'ottobre 1873.

I puerperii furono tutti fisiologici ad eccezione del terzo, in cui stette a letto per 20 giorni. Non ebbe mai malattie di qualche entità. Mestruata la 1ª volta a 16 anni lo fu sempre regolarmente per qualità, quantità e periodo fino alla penultima gravidanza. Dopo il parto spontaneo con cui questa ebbe termine, le mestruazioni divennero piuttosto profuse e si accompagnarono con dolori qualche volta intensi alla regione lombare ed all'ipogastrio. Due mesi prima che avesse principio l'attuale gravidanza, si accorse dello sviluppo di un tumore, che a quanto ella afferma, presentava la grandezza di un uovo, era mobile e veniva avvertito ora a destra ed ora a sinistra. Insomma poco atta a volgere l'attenzione sopra sè medesima per il suo scarso sviluppo intellettuale, non sa dare informazioni esatte sulle modalità di sviluppo di detto tumore.

Stato presente. — Denutrita, a conformazione scheletrica regolare, le funzioni organiche si compiono fisiologicamente. Il ventre è espanso come in una gravidanza di otto mesi circa e si presenta asimmetrico per la presenza di una tumescenza a sinistra del volume circa di una testa di bambino, che sporge dal piano della parete uterina, facendo corpo col viscere gestante. L'addome misura 35 ctm. dall'apofisi xifoide alla sinfisi pubica e 94 ctm. nella sua circonferenza presa in corrispondenza dell'ombellico. All'utero si possono imprimere movimenti di lateralità che si comunicano al tumore. Coll'ascoltazione si percepisce un soffio intenso ponendo lo stetoscopio in basso nel solco che sembra dividere l'utero dal tumore. Battito fetale non avvertibile. La vescica è spostata a destra, come lo indica la direzione che assume il catetere. La porzione vaginale del collo, rammollita, è compressa contro la concavità sacrale e sembra abbracciare a semi-canale il segmento uterino antero-inferiore, invaso dal tumore che ostruisce in quasi totalità il distretto superiore e si spinge nell'escavazione. Coll'esame

combinato si avverte un senso di oscurissima fluttuazione nella massa del tumore. Ponendo la donna carponi si riesce, benchè a stento, a respingere parzialmente il tumore, talchè il dito esploratore, percorrendo il canal cervicale, può giungere a contatto delle membrane. — Il giorno 29 marzo, alle ore 9 pom., avviene lo scolo spontaneo delle acque. Nella notte qualche contrazione poco valida ed alla mattina successiva àvvi scolo di meconio. Esplorando nuovamente la donna si sente un piede col tallone rivolto a destra, ma tenuto ancora molto alto per la presenza del tumore, il quale mano mano per le contrazioni stesse va elevandosi al disopra dello stretto superiore portandosi decisamente a sinistra. Alle ore 10. 30 ant. si abbassa il piede alla vulva, il tumore è tutto nella gran pelvi e misura trasversalmente 13 ctm., verticalmente 18 ctm., seguendo la curva. Alle ore 11. 30 ant. dolori espulsivi. Spontaneamente escono le natiche in posizione destra; giunti alla regione ombellicale, rallentandosi le pulsazioni del funicolo, e temendosi per la vita del feto, se ne affretta l'estrazione, traendo alla luce una bambina viva del peso di 1460 grammi.

Lunghezza totale	42	centimetri
Distanza tra il vertice e l'ombellico . .	23	»
» tra l'ombellico e i talloni . .	19	»
Diametro biparietale	7.7	»

Secondamento spontaneo, seguito dalla perdita di circa 500 grm. di sangue.

Dopo il parto temp. 37,2 — polso 84. Alla sera temp. 38, polso 84. respiro 36.

1.º Aprile. Mattina: temp. 39,4, polso 126, respiro 40. — Sera; temp. 39, polso 116, respiro 32. — Riposò poco nella notte. Morsi uterini piuttosto validi. Un po' di cefalea. Ventre tumido; un po' dolente. Lochi sanguigni abbondanti. Mizione spontanea.

2 aprile. Mattina: temp. 40°, polso 112, resp. 36. — Sera: temperatura 39°,7, polso 92, resp. 36. — Dormì discretamente nella notte. Verso le 3 30 antim. ebbe un brivido della durata di un'ora. Lochi sanguigni. Utero dolente a destra. Chinino grammi uno.

3 aprile. Mattina: temp. 38°. polso 84, resp. 24. — Sera: temperatura 38°,4, polso 76, respiro 20. — Traspirò molto; riposò discretamente; secrezione lattea; ventre un po' dolente nei due quadranti inferiori. Lochi color mattone; due defecazioni. Verso le 3 ½ pom. altro brivido di mezz'ora. Chinino grammi uno.

4 aprile. Mattina: temp. 38°, 5, polso 100, resp. 28. — Sera: temperatura 37°,4, polso 76, resp. 20. — Non dormì per cefalea che continua tuttora. Mammelle tese, dolenti. Ventre tumido, dolente alla regione soprapubica. Lochi poco fetenti; nessuna defecazione. Chinino grammi uno. Verso le 6 pom. brivido di un'ora. Dopo temp. 38°. 5.

5 aprile. Mattina: temp. 38°, polso 76, resp. 28. — Sera: temperatura 38°,5, polso 72, resp. 24. — Cefalea forte, lochi purulenti; una defecazione.

6 aprile. Mattina: temp. 38°, polso 80, resp. 24. — Sera: temperatura 38°, polso 72, resp. 20.

7 aprile. Mattina: temp. 38°, 5, polso 72, resp. 24. — Sera: temperatura 39°, polso 76, resp. 28. — Verso le 3 ant. dolore al ginocchio destro. Cataplasma con unguento cinereo. Si continua nell'amministrazione interna del chinino. Lochi molto fetenti.

8 aprile. Mattina: temp. 38°, polso 72, resp. 24. — Sera: temperatura 39°,3, polso 92, resp. 32. — Lochi molto fetenti.

9 aprile. Mattina: temp. 38°,5, polso 96, resp. 24. — Sera: temperatura 39°,5, polso 112, resp. 32. — Non dormì nella notte per il dolore al ginocchio destro; edema a tutta la gamba ad al piede corrispondente; ginocchio molto tumido con segni distinti di fluttuazione. Lochi purulenti, fetenti. Puntura esplorativa al ginocchio destro con sortita di siero nella quantità di grammi 150.

11 aprile. Fisonomia accesa. Lingua arida. Nulla agli organi del petto. L'utero arriva fino a due dita al disotto dell'ombellico. Collo flacido, poco riformato, liberamente accessibile al dito esploratore che avverte una massa sferica alquanto molle, impiantata a sinistra sulle pareti del corpo uterino. Scolo lochiale fetido. Temp. 40°,2. Ventre dolentissimo. Applicazione di terebentina. Vescicante al ginocchio.

Nei giorni successivi la temperatura si mantiene sempre elevatissima, la paziente è colpita giornalmente da ripetuti brividi di freddo e muore il 24 aprile alle 8 ant.

Autopsia. — Fibroma sotto-mucoso, del volume di una testa fetale, impiantato lateralmente ed a sinistra sulla parte inferiore del corpo e superiore del canal cervicale; l'area d'inserzione placentare trovasi al disopra del tumore e precisamente in corrispondenza del solco che lo divide dalle pareti uterine. La consistenza del tumore è piuttosto molle. La mucosa che lo ricopre è erosa, e presenta punti di sfacelo. L'endometrio è ricoperto di detritus grigio-nerastro. Pus nei seni uterini. Peritonite con scarso essudato purulento. Raccolta purulenta nel ginocchio destro con erosione nelle cartilagini articolari

ed infiltrazione marciosa dei tessuti periarticolari. Pleurite adesiva. Focolai di pneumonite lobulare.

L'esame microscopico dimostra il tumore un fibro-leiomioma.

L'utero vien conservato nel Gabinetto d'Anatomia Patologica dell'Ospedale Maggiore, al N. 84 b della sezione 2ª. Apparato di generazione.

Pigliando le mosse da questa osservazione io pubblicavo nel 1878 un lavoro sui fibromi uterini, considerandoli appunto in riguardo alla gravidanza, al parto ed al puerperio e non sarà del tutto inutile il riportarne qui le conclusioni.

1.º I fibromi uterini possono essere causa di distocia od influenzando la presentazione, od in modo dinamico, intralciando l'azione delle fibre uterine, dando origine ad inerzia od a spasmo parziale che possono richiedere l'intervento dell'ostetrico: ma più di sovente impediscono il parto in modo meccanico.

2.º La divisione di essi in sotto-mucosi, intramurali e sotto sierosi ha importanza pratica anche dal punto di vista ostetrico per le varie indicazioni a cui essi possono dar luogo. Meccanicamente parlando debbono prendersi in considerazione specialmente quei tumori situati primitivamente o in modo secondario al disotto della parte presentata.

3.º La provocazione del parto prematuro non dovrebbe attuarsi se non nei casi di accidenti minacciosi per la vita della madre e che si possono allontanare mediante il pronto svuotamento dell'utero.

4.º L'ostetrico anche in casi apparentemente gravi, potrà fare a fidanza sull'elevazione progressiva del tumore sotto l'influenza delle contrazioni uterine, che costituisce per così dire il meccanismo del parto spontaneo in simile complicanza.

5.º Se il tumore è mobile lo si respinga al disopra del distretto superiore.

6.º Nel caso di incertezze diagnostiche si procederà alla puntura del tumore mediante un piccolo trequarti.

7.º Il forcipe e la versione hanno indicazioni speciali a norma dei casi.

8.º Durante il travaglio si dovrà tentare l'enucleazione ogni qual volta questa non si ritenga circondata da gravissime difficoltà, e specialmente quando si opini essere necessaria un'operazione embriotomica. Essa potrà applicarsi specialmente nei casi

di fibromi-interstiziali che invadono la cervice e di fibromi sottomucosi sessili o fattisi peduncolati che precedono la parte presentata.

9.º Il taglio cesareo ha qui più vasto campo di applicazione che non nei vizii pelvici, inquantochè da una parte esso ci porge l'opportunità di allontanare il tumore od i tumori facendo ad esso seguire l'amputazione utero-ovarica, e dall'altra il pronostico della cefalotrissia è straordinariamente aggravato dalla presenza del tumore.

10.º Nello stato puerperale converrà fare l'esportazione del tumore ogni qualvolta la sua ubicazione e le circostanze ci permettano di compierla per le vie naturali, e tentarla sempre *quando insorgano accidenti minacciosi dovuti alla presenza del tumore*, e nel caso che questo non fosse allontanabile per le vie naturali, si potrebbe seguire l'esempio di Hegar, praticando cioè l'esportazione dell'utero puerperale.

PARTE SECONDA

PARTO

Le ricerche statistiche consegnate nel Capitolo I° della I^a Parte di questo Rendiconto, mi dispensano dal parlare della classificazione dei parti avvenuti nel quinquennio. Prima per altro di entrare nell'argomento, debbo accennare all' ordine che verrò seguendo in questa seconda parte. L' immenso cumulo dei fatti da esaminare mi ha indotto a discostarmi alquanto dalla via tracciata nei Rendiconti antecedenti di questa Scuola. Pur ammettendo infatti l'utilità didattica della distinzione della distocia in materna, fetale, degli annessi e della loro suddivisione in essenziale od accidentale, d'altra parte, nelle osservazioni qui consegnate, tante volte occorrono associate, che mi parve più utile per il lettore tralasciare di raggrupparli da tale punto di vista scolastico e riunirli invece in classi speciali, che, se hanno l'inconveniente di non aver la loro ragione di essere in un criterio unico di classificazione, hanno forse il vantaggio di presentarsi sotto un aspetto più pratico. Ho quindi diviso la materia a trattarsi in questa parte nei seguenti capitoli:

1.° Parto gemellare.
2.° Le posizioni occipito posteriori delle presentazioni del vertice.
3.° Le presentazioni dell'ovoide podalico.
4.° La presentazione della spalla.
5.° Le presentazioni della faccia e le presentazioni inclinate dell'ovoide cefalico.
6.° Parto abortivo.
7.° Procidenze.
8.° Placenta previa.

9.º Interruzione artificiale della gravidanza.
10.º Forcipe.
11.º Embriotomia sul capo.
12.º Taglio cesareo.
13.º Rottura d'utero.
14.º Secondamento.
15.º Assistenza del parto.

Ciò non toglie punto la possibilità di far seguire alla fine un quadro in cui si compendiino e classifichino le cause di distocia osservate e che richiesero o meno il nostro intervento. Debbo pure aggiungere, che, molte volte essendo stati necessarii diversi atti operativi, ho procurato di porre l'osservazione clinica corrispondente in quella classe, a cui mi pareva spettasse per la maggiore importanza di uno tra i detti atti operativi. Con opportuni richiami, non ho però mancato di farne edotto il lettore, talchè questi in ogni singolo capitolo può trovare accennato quanto si osservò relativamente all'argomento trattato. Il che mi pare non piccolo vantaggio per un Rendiconto, poichè a questo genere di scritti noi domandiamo l' ammaestramento pratico non solo, ma anche il materiale per ricerche successive e per eventuali studii clinici di confronto o di sintesi.

Dalla enumerazione dei capitoli enunciati si potrebbe trarne occasione per muovermi accusa di alcune lacune importanti. Ma queste non sono che apparenti, come si vedrà in prosieguo, riguardo alla estrazione, alla versione, alle operazioni embriotomiche sul tronco. La versione nelle presentazioni del vertice sarà messa in appendice al capitolo sulla presentazione della spalla e quanto alla isterostomatomia non ho creduto conveniente di farne un capitolo speciale, non essendo che un atto operativo preparatorio ad altre operazioni, e che non richiede nei casi in cui è stata fatta speciale illustrazione. Resta una lacuna ed una lacuna grave, quella risguardante l'eclampsia, ma come ho già accennato nel capitolo sulla gravidanza, all'albuminuria e alla eclampsia, che per la scuola non è che una forma di uremia, sarà dedicato un paragrafo speciale nel capitolo: *Interruzione artificiale della gravidanza.*

CAPITOLO I.

Parto gemellare.

La gravidanza gemellare fu in questo quinquennio rappresentata dalle seguenti 19 osservazioni:

N. 100 - Anno 1875. — IIpara: la 1ª gravidanza decorse regolarmente a termine con parto spontaneo semplice, seguito da puerperio fisiologico. È alta m. 1. 45, d'anni 28, di professione contadina, presenta pelvi normale e genitali sani. Ebbe l'ultima menstruazione alla fine di agosto, avvertì i primi moti fetali alla metà di gennaio.

Epoca del parto segnata dal calendario: 4 giugno.

Esplorazione diagnostica dell'11 maggio.

Forma dell'utero irregolare.

Circonferenza del ventre all'altezza del bellico .	ctm.	101
Diametro longitudinale	»	35
» trasversale	»	33
Distanza dal pube al bellico	»	20

Sede e carattere del battito cardiaco: uno al quadrante superiore destro, l'altro nel quadrante inferiore sinistro.

Varici alle estremità inferiori.

Parto spontaneo l'11 maggio { 1º feto ore 3. 15 pom.
2º » » 4. 30 »

Rottura del secondo sacco alle 4. 25 pom.

Present. e posizione del feto { 1º Natiche S. I. S. P.
2º Natiche S. I. D. P.

Durata del travaglio { 1º periodo { 1º feto 3 ore
2º feto 1. 10
2º periodo { 1º feto 1
2º feto 0,5.

Sesso e stato: 1º feto: maschio, sano, ben conformato, peso 1880, lunghezza 42 (23-19) Bp. 80. Bm. 60.
2º feto: maschio, vivo, sano, ben conform., peso 2060, lunghezza 43 (23-20) Bp. 80. Bm. 70.

Secondamento spontaneo: placenta doppia: due amnios, due chorion, riunite le due placente per un tramite fibroso molto spesso. Peso complessivo 650 grm.

Puerperio morboso. Guarigione.

N. 125 - Anno 1875. — Vpara, d'anni 25, servente, ben conformata, pelvi normale. Delle 4 gravidanze antecedenti le tre prime si interruppero spontaneamente per sifilide, dando alla luce feti morti. Non ricorda l'epoca dell'ultima menstruazione. Il travaglio s'iniziò il giorno 8 settembre.

Esplorazione diagnostica in detto giorno.

Circonferenza del ventre all'altezza del bellico .	ctm.	100
Forma dell'utero: ovoidea con lieve depressione nel mezzo.		
Diametro longitudinale	ctm.	33
» trasversale	»	32
Distanza dal pube al bellico	»	20
Altezza del fondo dell'utero a partire dal pube .	»	33

Parto spontaneo l'8 settembre { 1º feto ore 5. 45 pom.
2º feto ore 6. »

Present. e posizione dei feti { 1º Natiche S. I. D. A.
2º Vertice O. I. S. P. permanente.

Durata del travaglio { 1º periodo { 1º feto 14.40 ore
2º feto
2º periodo { 1º feto 0,5
2º feto 0,10.

Sesso e stato: 1º feto: di sesso maschile, vivo, sano. Peso 1780. Lunghezza 42 (23-15). Bp. 85. Bm. 77.

2º feto: di sesso maschile, gravemente asfittico, non rianimato. Peso 2140. Lunghezza 44 (26-18). Bp. 85. Bm. 70.

Secondamento spontaneo: due placente completamente separate senza adesione dei foglietti della caduca reflessa.
1ª peso grm. 400; 2ª peso grm. 500.
Puerperio fisiologico.

N. 183 - Anno 1875. — IIpara, d'anni 31, di professione servente. La gravidanza antecedente fu semplice. Pelvi normale. Edema notevole degli arti inferiori. Circonferenza addominale 105 ctm.

Parto spontaneo il 10 ottobre { 1º feto ore 1. 10 ant.
2º feto ore 2. 30 ant.

Present. e posizione dei feti { 1º Vertice O. I. S. A.
2º Vertice O. I. S. T.

Durata del travaglio { 1º feto . . { 1º periodo ore 5
2º periodo ore 0.10
2º feto . . { 1º periodo ore 1. 15
2º periodo ore 0.5

Sesso e stato: 1º feto: maschio, vivo, sano, ben conformato. Peso gr. 2410. Lunghezza 47 (25-22). Bp. 90. Bmast. 75.
2º feto: femmina, viva, sana, ben conformata. Peso gr. 2370. Lunghezza 45 (24-21). Bp. 90. Bmast. 74.

Secondamento mediante la spremitura. Placente perfettamente circoscritte, unite tra loro da un ponte membranoso. Peso 950 grm. Segale cornuta dopo il secondamento.
Puerperio normale.

N. 263 - Anno 1875. — IIpara, d'anni 29, contadina. La prima gravidanza fu semplice ed il parto spontaneo.

Circonferenza addominale in corrispondenza del bellico ctm. 104
Diametro verticale soprapubico dell'utero . . . . . » 43

Parto il 26 novembre . . . . { 1º feto: spontaneo ore 7. 30 pom.
2º feto: manuale ore 8. 5 p. (versione)

Present. e posizione dei feti { 1º feto: Vertice, O. I. S. A.
2º feto: Spalla sinistra, D. A.

Durata del travaglio { 1º feto . . { 1º periodo 37 ore
2º periodo 5 minuti
2º feto . . { 1º periodo 0.30
2º periodo 0.3.

Sesso e stato: 1º feto: di sesso femminile, asfittico, rianimato, del peso di grm. 2450, lungo 45 (25-20). Bp. 85. Bmast. 75.
2º feto: di sesso maschile, morto, del peso di gr. 2700, lungo 48 (27-21). Bp. 95. Bmast. 80.

Secondamento mediante la spremitura: due placente normali del peso di grm. 900.
Puerperio morboso; guarigione.

N. 241 - Anno 1875-76. — Ipara, d'anni 18, ricamatrice, nubile, ben conformata. Edema degli arti inferiori e della zona sotto-ombellicale.

Circonferenza del ventre all'altezza dell'ombellico . ctm. 109
Distanza dal pube al bellico . . . . . » 16
» » al fondo dell'utero . . . . . » 41

Parto a termine il 20 gennaio { 1º feto alle ore 10. 15 ant., forcipe allo stretto di emissione.
2º feto alle ore 10. 35 ant., parto spontaneo

Present. e posizione dei feti { 1º feto: Vertice: O. I. S. A.
2º feto: Vertice: O. I. S. A.

Durata del travaglio
- 1º feto . .
  - 1º periodo ore 7
  - 2º periodo ore 8. 15.
- 2º feto . .
  - 1º periodo —
  - 2º periodo ore 0. 20

Sesso e stato: 1º feto: femmina, viva, ben conformata. Peso 2850. Lunghezza 48 (26-22). Bp. 90. Bm. 80.
2º feto: femmina, viva, leggermente asfittica, rianimata: peso 3000, lunghezza 49 (26-23). Bp. 85. Bmast. 75.

Secondamento spontaneo 20 minuti dopo; placenta unica del peso di grm. 1130; i cordoni erano inseriti 4 ctm. distanti l'uno dall'altro e al centro di essa.
Puerperio morboso; guarigione.

N. 214 - Anno 1876. — IIpara, d'anni 25, servente; la 1ª gravidanza, unica, ebbe termine con parto spontaneo.

Circonferenza del ventre all'altezza del bellico . ctm. 102
Dal pube al fondo dell'utero . . . . . » 39

Parto a termine il 15 novemb.
- 1º feto alle 8 ant.
- 2º feto alle 11 ant.

Present. e posizione dei feti
- 1º Vertice, O. I. S. A.
- 2º Spalla destra, D. A (versione).

Durata del travaglio
- 1º feto . .
  - 1º periodo ore 4. 30
  - 2º periodo ore 0. 30
- 2º feto . .
  - 1º periodo —
  - 2º periodo ore 3. 05.

Sesso e stato: 1º feto: maschio, vivo. Peso 3000, lungo 49 (25-24).
2º feto: femmina, viva. Peso 2810, lungo 49 (25-24).

Secondamento spontaneo; peso degli annessi 1080 grm.
Morte della donna per setticoemia.

N. 304 - Anno 1876. — Vpara, d'anni 34, pelvi rachitica.

Parto il 28 novembre . . . . { 1º feto alle 4 pom. (estrazione)
2º feto alle 5 pom. »

Present. e posizione dei feti { Natiche, S. I. S. A.
» »

Durata del travaglio { 1º feto . . { 1º periodo ore 4. 45
2º periodo ore 0. 5
2º feto . . { 1 ora.

Sesso e stato: 1º feto: femmina, viva, ben conformata. Peso 1250, lunghezza 37 (19-18).
2º feto: femmina, viva. Peso 1445, lunghezza 35 (19-16).

Placente separate; due sacchi; peso complessivo grm. 640.
Puerperio morboso; morte per setticoemia.

N. 328 - Anno 1876. — Ipara, albuminurica, eclampsica.

Parto il 26 dicembre . . . . { 1º feto: ore 9. 30 ant.
2º feto: ore 9. 40 ant.

Presentazione e posizione . . { 1º Natiche, S. I. S. A. (estrazione)
2º Spalla sinistra, D. A. (versione)

Durata del travaglio { 1º feto . . { 1º periodo 0. 15
2º periodo 0. 5
2º feto . . { 2º periodo 0. 5

Sesso e stato: 1º feto: femmina, asfittica, non rianimata. Peso 2380, lunghezza 49 (25-24).

2º feto: femmina, asfittica, non rianimata. Peso 2700, lunghezza 50 (26-24).

Una sola placenta comunicante: chorion ed amnios distinti. Peso grm. 640.

Morte nel coma eclampsico.

N. 77 - Anno 1877 — IIIpara, d'anni 28, tessitrice. Il primo parto fu pure gemello (1869); dei due feti il 1º di sesso femminile vivo, il 2º morto. Il secondo parto fu unico ed avvenne nel 1872.

Circonferenza addominale a livello del bellico . .	ctm.	104
Distanza dal pube alla punta dello stesso . . .	»	49
Diametro longitudinale dell'utero	»	35

Due *maxima* d'intensità del battito cardiaco fetale nei due quadranti inferiori uno a 160, l'altro a 140.

Parto il 29 marzo . . . . . { 1º feto: ore 1. 45 ant. (spontaneo)
2º feto: ore 2 ant. »

Presentazione e posizione . . { 1º Vertice, O. I. S. A.
2º Vertice O. I. D. P. (ridotta)

Durata del travaglio { 1º feto . . { 1º periodo ore 5. 15
2º periodo ore 0. 10
2º feto . . { rottura artif. delle memb.
2º periodo ore 0. 15

Sesso e stato: 1º feto: femmina, viva, ben conformata. Peso 2400, lunghezza 46 (24-22). Bp. 90.
2º feto: Femmina, viva, ben conformata. Peso 2800, lunghezza 47 (25-22). Bp. 90.

Secondamento normale; annessi del peso di grm. 1550.

Puerperio morboso; guarigione.

N. 93 - Anno 1877. — IIpara, d'anni 27, servente; la prima gravidanza fu semplice.

Circonferenza addominale a livello del bellico . . ctm. 94
Diametro longitudinale . . . . . » 35

Epoca del parto . . . . . { 1º feto: ore 3. 40 pom (spontaneo)
2º feto: ore 4 pom. »

Presentazione e posizione . . { 1º feto: Vertice, O. I. S. A.
2º feto: Ovoide pod. comp. S. I. D. P.

Durata del travaglio { 1º feto . . { 1º periodo ore 7. 30
2º periodo ore 0. 45
2º feto . . { 2º periodo ore 0. 20.

Sesso e stato: 1º feto: maschio, vivo. Peso 2280 gr., lunghezza 45 (24-21). Bp. 85.
2º feto: maschio, vivo. Peso 1920 gr., lunghezza 43 (23-20). Bp. 87.

Annessi normali del peso di grm. 790; due sacchi con amnios e chorion distinti; le placente erano comunicanti.
Puerperio morboso per endometrite; guarigione.

N. 97 - Anno 1877. — Ipara, d'anni 28, pelvi rachitica. Fr. Sp. 26,5. Fr. Cr. 25. C. E. 19. Urine senza albumina.

Epoca del parto . . . . . { 1º feto: ore 4. 05 pom.
2º feto: ore 5. 15 pom.

Presentazione e posizione. { 1º feto: Vertice in O. I. S. A.
2º feto: Ovoide podalico varietà. Natiche S. I. S. T. (estrazione).

Inerzia dopo l'espulsione del 1º; rottura artificiale delle membrane dopo tre quarti d'ora.

Durata del travaglio { 1º feto . . { 1º periodo ore 9. 30
2º periodo ore 0. 35.
2º feto . . }

Sesso e stato: 1º feto: maschio, vivo. Peso 1790 grm., lungo 45 (23-22). Bp. 84.
2.º feto: femmina, viva. Peso 1590 grm. lunga 41 (22-19). Bp. 85.

Dopo l'espulsione del feto l'utero è voluminoso, ma non havvi emorragia, frizioni sull'utero ed iniezione della placenta secondo il metodo di Mojon. Qualche contrazione. Però la placenta è ancora aderente: colle trazioni sul funicolo si sente il fondo dell'utero abbassarsi alquanto. Alla sera l'utero essendo sempre inerte, la placenta in sito, nessuna emorragia, si dà una porzione laudanizzata alla donna. Durante la notte contrazioni; al mattino la placenta in parte è in vagina, in parte ancora nell'utero. Scolo fetente, uncinazione della placenta attraverso il collo e si riesce ad estrarla.

Le placente sono fra loro aderenti e comunicanti.

Puerperio morboso.

N. 179 - Anno 1877. — IVpara, d'anni 27, attendente alla casa; pelvi normale. Entra nell'Ospizio, già in travaglio. Delle tre gravidanze antecedenti le due prime si interruppero spontaneamente prima del 4º mese e la seconda fu composta.

Epoca del parto . . . . . { 1º feto: ore 11. 30 p. (spontaneo)
2º feto: ore 0. 15 ant. »

Presentazione e posizione . . { 1º feto: Vertice O. I. S. P. perm.
2º feto: Natiche S. I. D. A.

Sesso e stato: 1º feto: maschio, grm. 2300, lunghezza 46 (25-21). Bp. 91.
2º feto: maschio, grm. 2500, lunghezza 46 (25-21). Bp. 92.

Secondamento mediante la spremitura. Due placente separate da un tratto membranoso. Amnios, chorion e caduca distinti.
Puerperio regolare.

N. 261 - Anno 1877. — Vpara, d'anni 36, servente, pelvi normale. Nessuna delle gravidanze antecedenti fu composta.

Parto a termine il 18 dicembre { 1º feto: ore 5 pom. (spontaneo)
2º feto: ore 6. 30 pom. »

Presentazione e posizione . . { 1º feto: Vertice O. I. D. A.
2º feto: Ovoide podalico S. I. D. P.

Durata del travaglio { 1º feto . . { 1º periodo ore 20. 45
2º periodo ore 0. 15
2º feto . . { ore 1. 30.

Sesso e stato: 1º feto: femmina, viva, sana. Peso 2520, lunghezza 46 (23-23). Bp. 90.
2º feto: maschio, morto. Peso 2400, lunghezza 49 (25-24). Bp. 90.

Secondamento normale. Due placente non comunicanti.
Puerperio regolare.

N. 5 - Anno 1878. — IIIpara, d'anni 28, contadina; nessuna delle gravidanze antecedenti fu composta.

Parto il 25 marzo . . . . . { 1º feto: ore 3. 35 ant. (spontaneo)
2º feto: ore 3. 50 ant. »

Presentazione e posizione . . { 1º feto: Vertice S. A.
2º feto: Vertice D. P. ridotta

Durata del travaglio
- 1º feto . .
  - 1º periodo ore 3. 30
  - 2º periodo ore 0. 20.
- 2º feto . .
  - minuti 15.

Sesso e stato: 1º feto: femmina, viva, sana, ben conformata. Peso grm. 1800, lunghezza 40 (22-18). Bp. 77.
2º feto: maschio, vivo, sano, ben conformato. Peso grm. 1970, lunghezza 44 (23-21), Bp. 82.

Nessun accidente nel secondamento.
Puerperio morboso per pneumonite, morte, un corpo luteo per ciascun ovaio.

N. 74 - Anno 1878. — Vpara, d'anni 30, contadina. Bacino piatto C. V. 90 mm. Le prime quattro gravidanze furono semplici. Ultima menstruazione il 25 agosto.

Parto spontaneo il 3 maggio
- 1º feto: ore 9. 30 ant.
- 2º feto: ore 9. 45 ant.

Presentazione e posizione . .
- 1º feto: Vertice O. I. D. P. ridotta
- 2º feto: Vertice O. I. S. A.

Durata del travaglio
- 1º feto . .
  - 1º periodo ore 10. 30
  - 2º periodo ore 0.15.
- 2º feto . .
  - 0, 15 minuti.

Le membrane del secondo sacco si ruppero spontaneamente 10 minuti dopo l'espulsione del primo feto.

Sesso e stato: 1º feto: vivo, ben conformato, di sesso maschile. Peso 2650, lunghezza 45 (25-20). Bp. 88.
2º feto: vivo, sano, ben conformato, di sesso maschile. Peso 1840, lunghezza 39 (20-19). Bp. 82.

Annessi normali del peso di grm. 760. Nessun accidente del secondamento. Puerperio fisiologico.

N. 111 - Anno 1878. — Ipara, d' anni 30, entra nell'Ospizio il 19 giugno. Non ricorda l'epoca dell'ultima menstruazione.

Parto il 27 giugno . . . . . { 1⁰ feto: ore 4. 35 pom. (forcipe)
2⁰ feto: ore 5. 05 pom. »

Durante il soprapparto, essendo la testa del 1⁰ feto al perineo, la donna è colpita da cefalea e dispnea, per cui, essendo anche la donna albuminurica, si delibera di por termine al parto col forcipe. Le membrane del 2⁰ feto sono rotte spontaneamente da una contrazione, la testa si impegna e discende fino allo stretto inferiore, la donna è stanca ed abbattuta, l'utero inerte, per cui si estrae il secondo feto pure col forcipe.

Presentazione e posizione . . { 1⁰ feto: Vertice O. I. S. A.
2⁰ feto: Vertice O. I. S. P.

Durata del travaglio { 1⁰ feto . . { 1⁰ periodo 9 ore
2⁰ periodo 10 minuti
2⁰ feto . . { 30 minuti.

Sesso e stato: 1⁰ feto: vivo, sano, ben conformato, di sesso maschile. Peso 2060, lunghezza 42 (23-19). Bp. 85.
2⁰ feto: vivo, sano, ben conformato, di sesso femminile. Peso 1920, lunghezza 43 (22-21). Bp. 87.

Annessi normali del peso di grm. 710.
Puerperio normale.

N. 127 - Anno 1878. — IIpara, d'anni 28, cameriera; la 1ª gravidanza fu semplice.

Parto il 9 giugno . . . . . { 1º feto: ore 3. 35 pom. (spontaneo)
2º feto: ore 4 pom. »

Presentazione e posizione . . { 1º feto: vertice O. I. S. A.
2º feto: vertice O. I. D. P. perm.

Durata del travaglio { 1º feto . . { 1º periodo 5 ore
2º periodo 10 minuti
2º feto . . { 25 minuti.

Sesso e stato: 1º feto; vivo, sano, ben conformato, di sesso maschile. Peso 2150, lunghezza 44 (24-20). Bp. 90.
2º feto: vivo, sano, ben conformato, di sesso femminile. Peso 2440, lunghezza 47 (24-23). Bp. 90.

Secondamento regolare, una placenta e due sacchi.
Puerperio morboso per setticoemia: morte.

N. 291 - Anno 1879. — IIIpara, d'anni 32; le due prime gravidanze furono semplici. Ultima menstruazione il 12 aprile. La gravidanza composta venne diagnosticata in travaglio coi dati della palpazione e della ascoltazione.

Parto spontaneo l'8 dicembre { 1º feto: ore 5. 55 pom.
2º feto: ore 6. 15 pom.

Presentazione e posizione . . { 1º feto: Vertice O. I. D. P.
2º feto: Ovoide pod. S. I. S. A.

Durata del travaglio { 1º feto . . { 1º periodo ore 25. 45
2º periodo ore 0. 10
2º feto . . { ore 0. 20.

Sesso e stato: 1º feto: femmina, viva, sana, ben conformata. Peso 2610, lunghezza 45 (24-21). Bp. 85.
2º feto: femmina, viva, sana, ben conformata. Peso 2520, lunghezza 45 (24-21). Bp. 85.

Secondamento mediante la spremitura; due placente distinte, due amnios, due chorion.
Puerperio normale.

N. 307 - Anno 1879. — VIpara, d'anni 30, pelvi normale. Le altre gravidanze furono semplici. La gravidanza composta venne diagnosticata coi dati della palpazione e della ascoltazione. Ultima menstruazione il 4 aprile.

Parto spontaneo il 24 dicemb. { 1º feto: ore 4. 40 pom.
2º feto: ore 5. 05 pom.

Presentazione e posizione . . { 1º feto: Vertice O. I. D. P. ridotta
2º feto: Natiche S. I. S. A.

Durata del travaglio { 1º feto . . { 1º periodo ore 11. 20
2º periodo ore 0. 20
2º feto . . { ore 0. 25.

Sesso e stato: 1º feto: di sesso femminile, vivo, sano, ben conformato. Peso 2160 grm., lunghezza 45 (24-21). Bp. 84.
2º feto: di sesso femminile, vivo, sano, ben conformato. Peso 2660 grm., lunghezza 47 (25-22) Bp. 85.

Secondamento mediante la spremitura. Emorragia di circa 400 grm, segale. Due placente, due amnios, due chorion.
Puerperio normale.

Analizzando queste osservazioni si hanno i seguenti risultati:

1.º Sopra 1500 parti se ne ebbero 19 gemellari, il che dà il 1. 26 per %, ossia un parto gemellare sopra circa 79 semplici.

2.° Quattro si osservarono in Ipare, 6 in IIpare, 3 in IIIpare, 1 in IVpare, 4 in Vpare; 1 VIpare.

3.° In un caso si ebbe eclampsia da albuminuria.

4.° Tredici parti terminarono spontaneamente per l'uno e per l'altro bambino: in 3 il 1° feto venne alla luce spontaneamente, il 2° venne estratto una volta colla estrazione e 2 volte col rivolgimento, negli altri tre casi il parto fu artificiale per ambedue, in un caso si praticò due volte l'estrazione, in 1 caso due volte il forcipe e nel 3° caso l'estrazione pel 1° feto e il rivolgimento pel 2°.

5.° Quanto alla presentazione si ebbe:

Vertice e vertice	N. 7	volte
Vertice ed ov. podalico .	» 7	»
Ov. podalico ed ov. podalico	» 2	»
Vertice e spalla	» 2	»
Natiche e spalla	» 1	»

6.° Quanto al sesso si ebbero 11 parti gemellari unisessuali, di cui 5 maschili e 6 femminili, conformemente alla legge per cui i gemelli aventi organi generativi eguali sono molto più numerosi di quelli di sesso diverso (Dugès, Riecke, Zampa).

7.° Si ebbero 5 bambini morti e 5 donne morte, di cui 3 per setticoemia, 1 per eclampsia, 1 per pneumonite.

8.° Quanto agli annessi in nessun caso è notata la presenza di un sol chorion: in una donna morta è notata la presenza di un corpo luteo per ciascun ovaio. Nelle altre donne morte non vedo fatta osservazione a tale riguardo.

9.° Due donne pluripare con gravidanza gemellare avevano già avuto antecedentemente un parto gemellare.

10.° Quanto ai bambini il peso massimo fu di 3000 grammi, il minimo di 1250: la maggior differenza in peso tra l'uno e l'altro gemello fu di 810 grm., la minima di 40.

11.° Quanto all'età delle donne, in una non è indicata, in un'altra è segnata 18, in 13 l'età oscilla da 25 a 30, in 3 da 30 a 35, in una è di 36 anni. Questi dati sarebbero in armonia con una (la 1ª) delle conclusioni dedotte da Duncan dal suo studio sui gemelli, e secondo la quale il più gran numero di gemelli sarebbe prodotto da donne fra i 25 ed i 29 anni, come risulterebbe dalla statistica da lui raccolta di 756 parti gemellari.

CAPITOLO II.

Sulle posizioni occipito-posteriori.

Lo studio clinico di queste posizioni non ha ancora riunito gli ostetrici in un solo pensiero, poichè se dopo le pazienti ricerche di Naegele quasi universalmente si convenne sulla maggior frequenza delle occipito-posteriori destre in rapporto a quanto prima si affermava, egli è per altro indubitabile che regna disaccordo sopra questioni essenziali di questo punto di dottrina ostetrica, sulla prognosi, sul meccanismo del parto, sulla natura delle difficoltà che si presentano durante il travaglio, quando manchi il movimento di rotazione interna.

Più sopra ho detto che *quasi universalmente* gli ostetrici convenivano dopo i lavori di Naegele sulla maggior frequenza delle occipito-posteriori destre in confronto delle omonime anteriori, poichè anche recentemente Swayne e Sentex (1872) si erano elevati contro le idee di Naegele, come si vedrà nel prospetto qui sotto trascritto.

Nella Scuola milanese nel quinquennio indicato si ebbero sopra 1394 presentazioni del vertice 361 posizioni occipito-posteriori così divise:

Occipito-posteriori destre ridotte	N. 336	349
» » » permanenti .	» 13	
» » sinistre ridotte . . .	» 9	12
» » » permanenti.	» 3	
	Totale N.	361

Prospetto di confronto.

	Occipito p. d. per % del vertice.	Occipito p. s. per % del vertice.
Baudelocque	1	
Boivin	2	
Naegele	29	
Dubois	25. 66	0. 62
Simpson and Barry	22. 68	0. 58
Murphy	16. 18	4. 42
Swayne	1. 04	2. 80
Sentex	2. 03	0. 95
Ospizio Milanese	25. 03	0. 86

I nostri dati statistici, che si avvicinano a quelli di Dubois, ci pongono quindi colla maggioranza ed in contrasto colle ricerche di Sentex e Swayne. Certo non è sempre facile il determinare la posizione in principio del travaglio anche per una mano esperimentata, ma non è meno meraviglioso che regni il disaccordo anche in un fatto d'osservazione elementare, poichè è evidente che, dovendo la natura avere anche qui le sue leggi immutabili che regolino l'ingresso del capo nella trafila pelvica, non può ammettersi che tutti gli osservatori possano avere egualmente ragione. Comunque se le cifre raccolte in questo Ospizio hanno valore, questo ripete la sua origine dal fatto che certamente nel corso del quinquennio nessuna idea preconcetta presiedette alla diagnosi della posizione.

Quanto al rapporto di frequenza tra destra anteriore e sinistra posteriore che da Tarnier e Chantreuil nel loro trattato in corso di pubblicazione vorrebbesi prevalente a favore di quest'ultima, risulta invece prevalente per la prima avendo trovato 83 casi di posizione O. I. D. A. come dallo specchietto riportato nella prima parte di questo Rendiconto.

Resta ora ad indagarsi il rapporto tra posizioni occipito-posteriori ridotte e permanenti tanto a destra quanto a sinistra.

Secondo Kehrer l'occipite si svolgerebbe all'indietro 1 volta sopra 75 presentazioni di vertice e secondo Hecker 1 volta sopra 58. 5 (Schroeder). Dubois sopra 503 casi aveva visto operarsi la rotazione 464 volte. Secondo Simpson e Barry per ogni 100 posizioni occipito-posteriori destre se ne avrebbero 4 permanenti e West osservò la enunciata rotazione 15 volte sopra 481 casi. Come appare dal nostro quadro nelle occipito-posteriori destre il moto di rotazione interna venne a mancare il 3. 86 % mentre nelle sinistre-posteriori il 33. 33 %: fatto questo notevole che vedo accennato da Sentex e anche da Leishman laddove scrive: « In riguardo » alla rotazione nella 4ª posizione, il numero dei casi osservati è » così piccolo da non potere aversi dati sicuri, ma prevale gene- » ralmente l' impressione che la rotazione spontanea in tali casi » si effettua con più grande difficoltà e la tendenza alla termina- » zione in fronto-anteriore ne resta così proporzionalmente au- » mentata. » Proporzionalmente aumentata ma non ordinaria nè tampoco più frequente. Eppure, singolare contrasto, M. Lachapelle, pubblicando invece nella sua 2ª memoria l'osservazione 11ª, considerava come insolita la trasformazione in anteriore, e Villeneuve

nel 1838 ne pubblicava una seconda, credendola prima, e considerandola come scoperta inattesa.

L'opinione di Naegele il quale affermava essere sempre facilmente rinvenibile la causa della rotazione dell'occipite nel sacro nelle circostanze « testa piccola, pelvi ampia, pluriparità » è smentita dall'esame di parecchi dei nostri fatti i quali dimostrano altresì quanto nelle posizioni posteriori permanenti sia frequente l'intervento dell'arte.

Ecco le osservazioni risguardanti le occipito-posteriori permanenti:

N. 146 - Anno 1875 — Orlatrice, d'anni 37, IIpara, gravidanza regolare. - Pelvi cifotica: O. I. D. P. Parto strumentale (forcipe allo stretto inf.) l'11 luglio alle ore 3. 40 pom. Periodo dilatante ore 8. 40. Periodo espulsivo ore 5. 30. Bambina viva del peso di grammi 2700. Perineo non lacerato.

N. 200 - Anno 1875 — Ipara, d'anni 25, servente. Pelvi normale O. I. S. P. Parto spontaneo il 29 novembre - 1° periodo ore 10. 45, 2° periodo 0. 45. Femmina viva del peso di gr. 3450 - lacerazione perineale di 2° grado.

N. 214 - Anno 1875 — XIpara, d'anni 44, pelvi normale O. I. D. P. Parto spontaneo l'11 novembre, 1° periodo ore 10. 30, 2° periodo 0. 3. Bambino vivo del peso di gr. 4000.

N. 14 - Anno 1876 — IIpara, d'anni 28, pelvi normale O. I. D. P. Parto spontaneo il 25 gennaio, 1° periodo ore 5, 2° periodo 0. 10. Bambina viva del peso di gr. 2130 — nessuna lacerazione perineale.

N. 164 - Anno 1876 — Ipara, d'anni 21, pelvi normale. O. I. S. P. Parto spontaneo il 10 luglio; 1° periodo ore 7. 30, 2° periodo ore 3. Bambino vivo del peso di gr. 2800, lacerazione perineale di 1° grado.

N. 291 - Anno 1876 — Ipara, d'anni 45, pelvi rachitica O. I. D. P. Parto strumentale (forcipe al basso dello scavo) il 7 novembre; 1° periodo ore 12, 2° periodo ore 8. 45. Bambino vivo del peso di gr. 3000, lacerazione completa del perineo.

N. 37 - Anno 1877 — Ipara, d'anni 19. Parto in O. I. S. P.: femmina del peso di grammi 720.

N. 53 - Anno 1877 — IIpara, d'anni 26, pelvi normale. Parto spontaneo il 9 maggio: O. I. D. P. 1º periodo ore 7. 55, 2º periodo 0. 5. Bambina viva del peso di gr. 2820. Nessuna lacerazione perineale.

N. 303 - Anno 1877 — Vpara, d'anni 35, pelvi normale. Parto spontaneo, 1° periodo 6. 50, 2° periodo 0. 10. O. I. D. P. Bambina viva del peso di gr. 3040.

N. 66 - 1878 — Ipara, pelvi ristretta C. D. 95. Parto strumentale (forcipe alla parte superiore dello scavo per minaccia alla vita del feto) O. I. D. P. 1° periodo 8. 25, 2° periodo 0. 05. Bambino vivo del peso di grammi 2700. Lacerazione perineale di 2° grado.

N. 127 - Anno 1878 — IIpara, pelvi normale, gravidanza gemellare - 2º feto in O. I. D. P. Parto spontaneo. Bambina viva del peso di gr. 2440.

N. 303 - Anno 1878 — IIpara, d'anni 22, pelvi universalmente ristretta. Gravidanza gemellare, 2° feto in O. I. D. P. — Bambino vivo del peso di gr. 2400.

N. 53 - Anno 1879 — Ipara, d'anni 30, pelvi normale O. I. D. P. Parto strumentale (forcipe Simpson nello scavo col quale si rota l'occipite all'avanti) - 1° periodo 14 ore, 2° periodo 3. 10. Bambina viva del peso di gr. 3930 - Episiotomia - Le due incisioni si estendono allo svolgimento della testa.

N. 110 - Anno 1879 — Ipara, d'anni 26, pelvi piatta rachitica C. D. 95 - O. I. D. P. - 1º periodo ore 9 - 2° periodo ore 3. 30 - forcipe Simpson allo stretto inferiore - la testa ruota fra le branche dello strumento e si sprigiona in occipito pubica - episiotomia. Bambina viva di gr. 2850.

N. 115 - Anno 1879 — Ipara, anni 35 - pelvi normale - occipito I. D. P. - periodo dilatante ore 22, 2° periodo ore 2 - forcipe Simpson

alla parte media dello scavo - disimpegno in occipito posteriore - episiotomia, bambina viva del peso di gr. 3070.

N. 174 - Anno 1879 — Ipara - pelvi normale - occip. I. D. P. - procidenza funicolo - 1° periodo 31 ore - 2° periodo 0. 15 - doppia applicazione di forcipe - estrazione di bambino morto del peso di gr. 3080.

Se noi facciamo il bilancio di queste osservazioni vediamo applicato il forcipe 7 volte sopra 16 casi, statistica che se non è punto tale da giustificare il pessimismo di Capuron, il quale sosteneva all'Accademia di Medicina di Parigi, che nelle occipito posteriori permanenti *il parto è difficilissimo ed anche impossibile senza il soccorso dell'arte*, è però abbastanza eloquente per rendere edotti gli ostetrici sulle difficoltà da cui possono essere circondati tali casi. È notorio come le occipito posteriori permanenti minaccino anche grandemente la integrità del perineo, che subì una lacerazione di 3° grado in uno dei casi indicati, ad evitare il quale accidente dovrebbe in tali posizioni praticarsi sempre l'episiotomia, massime quando si faccia uso del forcipe. Ma per quali ragioni meccaniche è difficile il parto spontaneo nelle occipito posteriori permanenti?

Non è qui il luogo di fare un'analisi critica delle opinioni emesse a tale riguardo, solo dirò come, data pure la sua parte ed al modo di trasmissione delle contrazioni uterine ed alla lunghezza del tramite che deve percorrere l'occipite posto nella concavità sacrale, debba concedersene una essenziale al fatto, che, perchè l'occipite si disimpegni al davanti della commettitura perineale, è giuocoforza che allo stretto superiore s'impegni un diametro dorso-frontale (Hubert) di 11 cent. E così pure non voglio qui discutere le ragioni adotte per spiegare la mancata rotazione all'avanti. Accennerò solo ad un fatto di osservazione clinica per noi constatato ripetutamente, che cioè ben di sovente in tali casi la fontanella bregmatica è situata e si conserva in un piano inferiore a quello occupato dalla fontanella posteriore (Hecker e Schröeder). Aggiungerò anzi che l'osservazione recente di fatti, che verranno a suo tempo pubblicati, di occipito anteriori, in cui, persistendo più bassa la fontanella anteriore, dette posizioni si trasformarono in occipito-posteriore, m'indurrebbe ad allargare la

cerchia dell' induzione clinica a stabilire cioè « che la fontanella più bassa è quella che rota all' avanti. » Il Dott. Uwedale West, riconoscendo l' importanza della flessione del capo come elemento di rotazione, propone di chiamare col nome di *bregmato cotiloidi* quei casi in cui il polo frontale resta alto ed il bregma è quindi applicato alla parete cotiloidea, col nome di *fronto-cotiloidi* quei casi in cui per la poca flessione il bregma si abbassa ed il fronte si applica alla parete cotiloidea. Nella 1ª serie dei casi avverrebbe costantemente la rotazione dell' occipite all'avanti, nella 2ª serie, persistendo l'occipite all' indietro, il meccanismo si terminerebbe con un meccanismo speciale (with the forehead forwards), che si differenzierebbe alquanto da quello classico descritto per le occipito-posteriori permanenti, avvicinandosi a quello osservato nelle presentazioni del fronte, meccanismo constatato e descritto da Leishmann, da Tarnier e Chantreuil e da altri. Avendo osservato *de visu* in questa Scuola e l'uno e l'altro meccanismo non posso rifiutarmi ad ammettere e l'uno e l'altro ; solo, pur ammettendo l' importanza della deflessione del capo come elemento di rotazione, sarei propenso ad accettare in base alla mia propria osservazione che molte volte, rotato l'occipite all'indietro nella concavità sacrale, la testa si flette esageratamente, l' occipite viene a sprigionarsi al davanti della commettitura perineale, si osserva cioè il meccanismo classico, mentre altre volte non solo si mantiene ma si esagera la deflessione, il bregma si fa centrale ed il parto si termina col meccanismo indicato dagli Inglesi colla espressione « fronte all' avanti. » In quali rapporti vicendevoli stieno le occipito-sacrali, le inclinazioni bregmatiche e le presentazioni del fronte in riguardo a meccanismo, a prognosi, ad indicazioni, lo vedremo nel capitolo dedicato alle inclinazioni. Solo qui occorre ricordare come in tali evenienze della pratica l'arte possa e debba essere operosamente benefica. Poichè le occipito-sacrali richiedono di spesso la liberazione artificiale della donna e comportano una prognosi più sfavorevole per la madre e per il bambino che non le occipito-pubiche, si dovrà in ogni modo favorire la rotazione dell' occipite all'avanti. Tale rotazione io ebbi campo parecchie volte ad osservarla solo invitando la donna a camminare, ma noi possiamo e dobbiamo fare specialmente a fidanza sulla acconcia posizione della donna (decubito laterale omonimo alla parte in cui si trova il bregma situato in un piano inferiore) e sulla correzione manuale della esistente inclinazione

bregmatica, correzione destinata a far discendere l'occipite sostenendo, durante la contrazione uterina, il bregma onde così avere la flessione completa del capo. Infine qualche volta, applicato il forcipe e fatte alcune trazioni che alterino leggermente i rapporti della testa, si vedrà prodursi di subito, qualche volta tra le branche dello strumento, quel moto di rotazione interna che per ore e ore si era aspettato invano.

Ripigliando ora il discorso sulle occipito-posteriori considerate complessivamente, aggiungeremo come per esse il travaglio assuma molte volte un decorso noioso anche nel periodo dilatante, talchè dall'andamento del travaglio stesso è qualche volta possibile trarne argomento di diagnosi. Anche per Tarnier e Chantreuil la dilatazione procederebbe più lentamente nelle occipito-posteriori che non nelle occipito-anteriori. Ciò è confermato dai seguenti dati statistici raccolti nel quinquennio riguardo la durata del periodo dilatante nelle occipito-posteriori.

Periodo dilatante.

Media per le primipare (N. 184) ore 12. 65
» per le multipare (N. 163) » 10. 10

Secondo la statistica di Churchill la durata media del 1° periodo del travaglio sarebbe di ore 7. 30.

Il piccolo quadro riportato indica pure il rapporto numerico tra primipare e multipare nelle occipito posteriori.

CAPITOLO III.

Presentazione dell'ovoide podalico ed estrazione.

Non ho voluto scindere in due capitoli questi due argomenti perchè tra loro troppo intimamente connessi, e perchè sarebbe far ingiuria ai fatti, il volere nel campo clinico seguire la divisione che noi siamo soliti ad osservare nel campo dogmatico, nei trattati. — Da molto tempo nessuno più dubita che il parto agrippino non sia naturale; fa anzi meraviglia il vedere come Ippocrate, il quale paragonava il parto al passaggio di un'oliva attraverso il collo di una bottiglia, non abbia tosto afferrato il fatto

che quella poteva tosto uscire tanto per l'uno quanto per l'altro de' suoi capi. Ma se così è dal punto di vista meccanico, continua ad esserlo quando noi consideriamo la parola naturale in armonia allo scopo che si propone la natura? Informi l'enorme mortalità dei bambini, a cui tutti gli autori accennano con singolare consenso. Nel capitolo « *Ricerche statistiche* » il lettore ha già visto il rapporto di frequenza delle singole posizioni nelle 66 presentazioni di ovoide podalico offertesi nel quinquennio alla nostra osservazione.

Ora prenderemo a considerarle da altri punti di vista. Per lo studio etiologico possono valere i seguenti fatti:

1°. Le 66 presentazioni si verificarono in 61 donne (5 gravide gemellari) di cui 32 donne primipare, 29 pluripare, singolare contrasto colla statistica fornitaci dal Dott. Inverardi per la Clinica Torinese di 1 primipara: 25 pluripare. Le 29 pluripare si dividono come segue: 10 IIpare, 3 IIIpare, 5 IVpare, 3 Vpare, 4 VIpare, 1 VIIpare, 2 VIIIpare e 1 IXpare.

2.° Si ebbe 20 volte ristrettezza pelvica, 5 volte gravidanza gemellare, 1 volta mostruosità (anencefalia) con idramnios, 1 volta fibroma uterino.

3.° Un enorme numero di parti prematuri, come risulta dal seguente specchietto in cui è indicato il peso dei bambini:

	Primipare	Pluripare	Totale
Da 1 a 500 gr.	0	1	1
» 500 a 1000 »	2	2	4
» 1000 a 1500 »	3	8	11
» 1500 a 2000 »	10	4	14
» 2009 a 2500 »	5	6	11
» 2500 a 3000 »	6	5	11
» 3000 a 3250 »	2	1	3
» 3250 a 3500 »	1	1	2
» 3500 a 3750 »	0	1	1
» 3750 a 4000 »	1	0	1
	—	—	—
	30	29	59

In 7 il peso non è indicato.

Se noi passiamo ora allo studio della mortalità, abbiamo 3 donne morte e 27 bambini venuti morti alla luce. Causa della morte nelle donne fu 2 volte l'eclampsia, 1 volta la setticoemia. — Dei 27 bambini morti 14 appartengono a Ipare, 13 a pluripare. — Si avrebbe quindi una mortalità pei bambini del 40. 80 %: ma badando all'ingente numero di parti prematuri tosto vedesi come tale mortalità non debbasi tutta mettere a carico della presentazione. Difatti se noi prendiamo in esame solamente i feti i quali hanno oltrepassato i 2500 grammi allora abbiamo nelle primipare 2 bambini morti sopra 10, e nelle pluripare 2 sopra 8, il che dà per le prime una mortalità del 20 %, per le seconde una mortalità del 25 %, il che ci fornisce una mortalità media complessiva del 22. 50 %, che è quasi identica a quella data dal Dott. Inverardi pei feti a termine della Clinica Torinese (22. 6 %).

L'estrazione venne praticata in 16 casi, 15 volte fu manuale, 1 volta strumentale: prima però di procedere alla esposizione delle singole osservazioni mi sieno permesse alcune riflessioni. Quando noi ci accingiamo alla estrazione, *se la parte presentata è più o meno profondamente impegnata e non più respingibile,* noi possiamo trovarci di fronte a due serie di casi: o, nella presenza di uno o due piedi (prescindo dal ginocchio per la sua estrema rarità) noi abbiamo un mezzo facile di presa e di traimento, ovvero, trattandosi delle natiche, noi non abbiamo, prescindendo dall'impiego del forcipe, punto più acconcio per l'applicazione della forza traente che la piega inguinale. Ebbene, per parte mia non esito a dichiarare essere questa una delle condizioni più imbarazzanti in cui si possa trovare l'ostetrico, quando, urgendo l'estrazione del feto, ed essendo questo vivo, ci sia nello stesso tempo e rigidezza del canale vulvo-vaginale e discreto volume del feto. L'estrazione è indicata e l'attesa è quindi dannosa; respingere le natiche al disopra dello stretto superiore onde svolgere un arto è impossibile o pericoloso; l'applicazione dell'indice sulla piega inguinale è il più delle volte illusorio, anche quando si riesca a portare l'indice dell'altra mano sull'inguine opposto; se noi applichiamo due dita l'uno deve accavallarsi sull'altro, altrimenti uno di essi premerà sul femore, coi danni emergenti da tale pressione: l'impiego infine dell'uncino ottuso apporta il più delle volte lesioni più o meno gravi. Nè vale l'opporre coi partigiani dell'uncino ottuso, che le lesioni da esso prodotte debbono addebitarsi non allo strumento ma al modo con

cui lo si usa, che la rottura del femore dimostra che l'uncino è stato applicato su di esso e non sulla piegatura inguinale, che le lesioni delle parti molli, dimostrano che l'apice dello strumento non è stato mascherato abbastanza dal dito, che le lesioni dell'arco pelvico anteriore dimostrano finalmente che noi ci siamo servito dello strumento come di leva, scegliendo la pelvi per punto d'appoggio. Quando queste lesioni si sono osservate ripetutamente da ostetrici prudenti, abili, esperimentati è giuocoforza riconoscere come l'uso di tale strumento sia realmente circondato da inconvenienti e da pericoli.

Era quindi naturale che sorgesse negli ostetrici l'idea di una profilassi che potesse evitare di porre l'ostetrico in condizione così imbarazzante: questa profilassi è semplice e consiste nell'abbassare, nella presentazione delle natiche, un arto nel corso del travaglio in un momento favorevole, quando si suppone, per circostanze speciali, che in prosieguo possa divenire necessaria l'estrazione. Spiegelberg ritiene necessario tale abbassamento profilattico di un arto in 3 casi: 1) nella procidenza del funicolo, 2) nel bacino universalmente ristretto, 3) nella rigidità delle parti molli. Sottoscrivendo pienamente a queste indicazioni io mi dimando per altro quante volte possiamo noi realmente all'esordio del travaglio prevedere, quando realmente potrà presentarsi l'indicazione della estrazione e se non sia più utile generalizzare un po' più, ed abbassare in ogni caso di presentazione delle natiche, o quanto meno nelle primipare, come propone Ahlfeld, un arto, il quale ci offra un mezzo facile e sicuro di presa per la eventuale estrazione? Nulla di più facile, nulla di più semplice, nulla di più innocuo di tale misura profilattica, quando chi assista al parto sappia cogliere il momento opportuno: che qualche volta il dito esploratore stesso può bastare, coadiuvandosi colle manovre esterne, talchè ciò non sembri che una pura e semplice esplorazione. — Il volume delle natiche aumentato dall'altro arto mantenutosi flesso è sufficiente per avere al loro passaggio una dilatazione bastevole perchè non offra poi difficoltà al passaggio della testa, e la specie di doccia formantesi tra arto flesso ed arto esteso può accordare anche acconcia protezione al funicolo eventualmente procidente.

Quanto al manuale operativo più volte ebbi a convincermi della saggezza dei consigli di Monteggia che qui mi piace ripetere:

1.° Non avere così gran timore, come i libri l'incutono, della compressione che soffre il cordone. Un tal timore è vero ma alquanto esagerato, ed io posso dire di essermi trovato più felice dacchè mi posi ad operare con maggiore lentezza.

2.° Fare poca forza sul collo solo, ma agire con discrezione sul collo e sulla testa contemporaneamente.

3.° Sapere agire convenevolmente anche sulla testa.

Io non ebbi ancora campo ad esperimentarlo, ma forse i pratici faranno buon viso anche al consiglio di Küstner, nei casi di stenosi pelvica, di non aspettare a svolgere le braccia quando l'apice delle spalle è già venuto alla luce, ma di farlo dopo l'espulsione della regione ombellicale, prima cioè che la testa faccia pressione e si impegni al distretto superiore. Mi porge occasione a questa considerazione il ricordo di una donna viziata da me operata di rivolgimento per presentazione di spalla, e di cui per sbarramento del braccio fra testa e sinfisi pubica, mi riescì penoso e difficile lo svolgimento di questo, e solo con frattura dell'omero, che poi felicemente guariva in modo completo in 15 giorni.

Ecco ora le osservazioni di estrazione:

1. N. 13 - Anno 1875 — Pluripara - placenta previa marginale - presentazione dell'ovoide podalico - varietà natiche in S. I. S. A. - Rottura delle membrane - estrazione di feto macerato - puerperio fisiologico (V. *Placenta previa).*

2. N. 54 - Anno 1875 — IIpara - pelvi piatta rachitica - provocazione di parto prematuro - Presentazione di natiche - estrazione - feto morto - madre salva (V. *Provocazione di parto prematuro).*

3. N. 137 - Anno 1875 — Pluripara - pelvi rachitica - presentazione ovoide podalico completo - estrazione manuale per inerzia assoluta e minaccia della vita fetale - feto asfittico non rianimato - puerperio fisiologico.

Donna primipara, filatrice in seta, d'anni 41, entra nell'Ospizio il 30 giugno, in travaglio di parto. L'esame stabilito mostrò trattarsi di donna rachitica con pelvi lievemente viziata. Mestruata la prima

volta a 15 anni, sempre regolarmente, mestruata l'ultima volta ai 28 settembre, indicata dal calendario la fine della gravidanza per il 6 luglio.

Il 21 giugno la donna aveva avvertito perdita delle acque, due giorni dopo avvertì qualche lieve dolore, ma solo la sera del 29 si iniziò il travaglio. Alle 9 ½ ant. del 30 giugno dilatazione di 3 cent. Il riscontro mostra trattarsi di presentazione dell'ovoide podalico completo in S. I. D. P.; alle 4 pom. si nota maggior cedevolezza nel contorno dell'orificio e del segmento inferiore ma la dilatazione è allo stesso punto; si dà un cucchiaio di mistura ostetrica. Alla sera il travaglio è ancora allo stesso punto, onde si amministrano 6 grammi di cloralio, allo scopo di procurare un sonno ristoratore, ciò che non si ottiene perchè la donna è di tratto in tratto sveglia da qualche leggiera contrazione.

Alle 9 ½ ant. del successivo 1° luglio le condizioni sono pressochè uguali, si pratica allora una doccia ascendente, che ridesta alquanto le contrazioni. Il battito fetale segna 170. Alle 4 pom. una seconda doccia ascendente, e due cucchiai di mistura ostetrica, che ridestano dei dolori che poi si sospendono alle ore 6 in modo quasi assoluto.

Alle 8 pom. dilatazione di 5 centim., contorno dell'orificio teso, edematoso, dolente. Battito fetale celerissimo, soffiante. Si decide d'intervenire. Si afferra a tal uopo il piede destro che si sente a destra ed in avanti, e condotto in vagina, siccome opponeva una certa resistenza all'abbassarsi, fu munito di un laccio. Tutto poi progredì normalmente fino all'uscita della testa. Questa aveva ruotato in modo da mettere il diametro occipito-frontale in corrispondenza del retto sup. viziato.

Vigorose trazioni non riuscirono ad abbassarla, se non dopo aver impresso alla testa un moto di rotazione da sinistra a destra. Il periodo dilatante ha durato ore 37, l'estrazione 10 minuti.

Dopo l'estrazione emorragia considerevole data per la massima parte da una lacerazione avvenuta nel collo a sinistra. Un po' di spasmo dell'orificio interno necessitò alcune manovre per l'uscita della placenta. Il feto estratto era di sesso femminile del peso di 2530 gr., lungo 50 cent., di cui tra il vertice e l'ombellico 27, dal bellico ai talloni 23 cent.

O. F.	105
S. O. Brg.	100
B. P.	90
B. M.	75

Fu estratto gravemente asfittico, il cuore cessò di battere solo 15 minuti dopo ma nessun mezzo valse a rianimarlo; presentava una depressione cranica all'altezza del bregma.

Nel puerperio non s'ebbe che qualche elevazione termica, e la donna abbandonava l'Ospizio l'11 luglio in undicesima giornata di puerperio.

Gli annessi affatto normali pesavano 450 grammi.

4. N. 62 - Anno 1876 — Pluripara - idramnios - presentazione di natiche in S. I. D. T. - Puntura del sacco amniotico - estrazione - feto anencefalo con spina bifida - Puerperio regolare.

Donna a nutrizione molto deteriorata, di anni 37, contadina, entra nell'Ospizio il 13 marzo. Ebbe altre sette gravidanze, l'ultima interrotta a tre mesi, le altre portate a termine. I parti furono tutti naturali e facili ad eccezione del secondo che fu artificiale e strumentale, sembra per deficienza delle contrazioni uterine. I puerperii rispettivi furono tutti fisiologici. La donna al momento dell'ingresso dice di essere gravida all'8° mese, benchè non ricordi la data dell'ultima mestruazione. Ci colpisce tosto il suo grado di emaciazione e lo sviluppo considerevole del ventre. L'attuale gravidanza, secondo le affermazioni della paziente, sarebbe decorsa normale fino al 6° mese, poi si manifestò una distensione progressiva e rapida del ventre fino a raggiungere le attuali proporzioni; la circonferenza del ventre all'altezza del bellico è di cent. 106, l'utero misura nel senso longitudinale a partire dal pube cent. 51 e nel trasversale 34; non seguendo la curva il diametro verticale è di 0,315, il trasversale 0,25. — La donna accusa un senso molestissimo di stiramento del ventre al disopra del bellico ed è alquanto dispnoica; presenta altresì anoressia, digestioni laboriose, urinazione e defecazione stentate, la quale ultima sembra di solito protrarsi da 8 a 10 dì. Qualunque posizione le riesce molesta. Battito cardiaco fetale molto oscuro, sulla linea mediana in vicinanza della cicatrice ombellicale. Utero uniformemente disteso, a forma ovale distintamente fluttuante. Dilatabilità di cent. 1-5; sul segmento inferiore non si sentono parti fetali. La forma del ventre, la fluttuazione distinta, l'aumento rapido di esso, la presenza di un solo battito e l'impossibilità di avvertire piccole parti fetali in punti diversi ci fanno tosto escludere l'ipotesi di una gravidanza composta, e ci anno invece appigliare al concetto di Idramnios di alto grado.

I notevoli disturbi meccanici ci inducono a pungere in alto il sacco amniotico mediante la sonda di Meissner. Dall' apertura colano nello spazio di tre quarti d'ora 10 litri d'acque. Presentazione di natiche in posiz. S. I. D. T. — che discendono al piano perineale, ove giunte si pratica l' estrazione uncinando gli inguini — amministrando in via profilattica un grammo di segale ed applicando una fasciatura addominale — Secondamento spontaneo — Emorragia interna ed esterna; il sangue colato esternamente è stato di circa 400 gr., colla placenta venne altresì espulso un grosso coagulo di circa 700 gr.

Il periodo dilatante fu di ore 2,30, l' espulsivo di ore 1,15. Il feto espulso di sesso femminile è anencefalo e con spina bifida — pesa gr. 1330 e misura in lunghezza m. 0,24 (14-10).

Dopo il parto T. 37, P. 92. Puerperio ad eccezione dei quattro primi giorni afebbrile. — La donna fu dimessa il 30 marzo in 12ª giornata di puerperio.

5. N. 64 - Anno 1876 — Pluripara - pelvi normale - gravidanza complicata da voluminoso fibroma sotto-mucoso - Inizio spontaneo del travaglio nel 7° mese - elevazione progressiva del tumore - presentazione dell'ovoide podalico - estrazione - bambina viva - madre morta.

(Questo caso venne già riferito nella patologia della gravidanza, affezioni degli organi genitali).

6-7. N. 304 - Anno 1876 — Pluripara - gravidanza gemellare - estrazione di entrambi i feti vivi - morte della madre.

Già accolta nel 1874, al N. 181, e nel 1875 al N. 226 ed operata ambedue le volte di parto prematuro provocato per vizio pelvico di III grado (Joulin) da rachitide.

È accolta il 27 novembre, è alla sua quarta gravidanza, ed ebbe l'ultimo tributo mensile il 17 maggio.

Al momento della accettazione presenta una circonferenza del ventre all'altezza del bellico di cent. 75. L'utero di forma ovale, alquanto inclinato a destra, ha una circonferenza longitudinale di cent. 32, ed una trasversale di 25 cent. Il pube dista dal bellico 19 cent. Il battito si avverte nel quad. inf. sinistro poco diffuso.

Col riscontro vaginale si fa la diagnosi di presentazione di ovoide podalico incompleto (varietà natiche) a travaglio già iniziato.

Alle 4 pom., essendovi minaccia di asfissia del feto, che si trova in S. I. S. A., si procede all' estrazione manuale e si estrae una femmina viva settimestre del peso di gr. 1250, lunghezza 37 cent (19-18) con un bi-parietale 7,7 cent. ed un bi-mastoideo di 6.7 cent. ed un occipito-frontale di 9.5 cent.

Un'ora più tardi, rottosi il secondo sacco, si trova che anche il secondo feto si presentava coll'ovoide podalico, varietà natiche pure in posizione S. I. S. A, si passa all'estrazione anche di questo e si porta alla luce un' altra bambina viva del peso di gr. 1445 della lunghezza di 37 cent. (19-18) con un D. B. parietale di 80 mm. — B. mastoideo 70 mm. — O. F. 95 mm.

Gli annessi risultano di due separate placente unite soltanto col mezzo delle membrane del peso complessivo di gr. 620.

Il periodo dilatante era durato ore 4,45 m., l' espulsivo 0,5 m. per il primo feto, un'ora per il secondo. Il puerperio fu sempre febbrile e la temp. oscillò fra i 37 e 40, il polso tra 64-128, il respiro 24-36.

In seconda giornata fu colpita da brivido generale intenso della durata di 3 ore alla mattina, da un altro a mezzogiorno della durata di 15 m. con febbre, cefalea, ventre dolente e tumido, contro i quali dolori a nulla valsero il calomelano, il laudano e le applicazioni di terebentina.

In 7ª giornata, ossia il 5 dicembre, alle 10 ant. cessava di vivere.

E l'autopsia praticata 24 ore dopo dava il seguente reperto:

Torace. Aderenze di recente data fra le pleure viscerale e parietali, flogosato il pericardio nel cui sacco stanno circa 100 gr. di siero torbido, nulla di speciale al muscolo cuore. *All'Addome* il cavo peritoneale è ripieno di siero commisto a depositi fibrinosi purulenti che si trovano in maggior copia che non al dintorno dell'utero che sporge di circa 3 cent. al disopra del promontorio.

Pure il peritoneo diaframmatico è coperto da tali essudati, il fegato è adiposamente degenerato, la milza spappolabile, i reni alquanto congesti.

L'utero sano presenta il cellulare circumambiente tutto infiammato, i vasi linfatici dell' istmo del collo e dei lati del collo uterino sono rigurgitanti di pus. Infiammate le ovaie con piccoli ascessi migliariformi disseminati nel parenchima.

Epicrisi. — Linfangite uterina, ovarite doppia, peritonite generalizzata.

8. N. 328 - Anno 1876 — Primipara - eclampsia - gravidanza gemella - estrazione del primo feto - versione del secondo - morte dei bambini e della madre.

Donna di robusta costituzione fisica, entra nella clinica alle 9,30 p. del 25 novembre. È gravida per la prima volta, il travaglio si iniziò alle 6 pom. dello stesso giorno. Al suo ingresso vi ha appena principio di dilatazione del collo che è in totalità scomparso. Presenta lieve edema agli arti inferiori, è perfettamente *compos sui*, nè lascia anche alla lontana sospettare l'insorgenza di convulsioni. Pur tuttavia, esaminate le urine, vi si trova albumina in copia. Alle 10 ½ pom. fa un bagno durante il quale diventa inquieta, chiassosa ed insolente. Tolta dal bagno è messa a letto, ha ripetuti vomiti di materie alimentari, indi è tranquilla e fino alle 4 ant. non mostra segni d' inquietudine, quando senza altri prodromi è colta dal primo accesso eclampsico, dopo il quale riacquistò tosto i sensi integralmente. Un secondo accesso insorge alle 4 ½ ant. di eguale intensità, un terzo accesso avvicinato della durata di 12 minuti e dopo il quale ripiglia ancora l'intelligenza. È così inquieta che non le si può fare in nessun modo ingoiare cosa alcuna.

Si pratica una sottrazione di sangue al braccio destro di 320 gr. Appena finito il salasso è colta dal quarto accesso di 7 minuti di durata alle 5 ¾ p. — alle 6,15 quinto accesso (80 secondi di convellimento clonico) — alle 6,42 sesto accesso (50 secondi) — alle 7,10 settimo accesso (2,30 di contrazioni e 12 di coma) — alle 7,40 ottavo accesso (2 minuti contraz. 18 di coma) — alle 8,2 nono accesso (2 minuti convulsioni, 18 di coma).

Subito dopo decimo accesso (1 minuto convulsioni, e due di coma) — alle 8,23 undecimo — alle 8,47 dodicesimo — alle 9,5 tredicesimo — alle 9,21 quattordicesimo.

Permettendo il grado di dilatazione raggiunto l'intervento dell'arte si procede all'estrazione del primo feto, in presentazione di ovoide podalico, varietà natiche, e durante essa ebbe il quindicesimo accesso. Presentandosi il secondo feto colla spalla sinistra in dorso posteriore si procede tosto al rivolgimento e la liberazione si compie alle 9,40 a. Alle 10,20 sedicesimo accesso. Dopo di questo altri quattro accessi a brevissima distanza, dopo il quarto accesso post-partum non si riebbe più dal coma. La temperatura che alle 8,30 ant. dopo l' undicesimo accesso era di 37,8, dopo la liberazione era salita a temp. 38.4.

La donna muore alle 12,30 pom. Entrambi i feti di sesso femminile gravemente asfittici non vennero rianimati.

Il primo del peso di gr. 2380 misurava in lunghezza cent. 49 (25-24), il secondo del peso di gr. 2700, era lungo cent. 50 (26-24).

Diametri fetali	I°	II°	
M. Occip.	124	127	mm.
O. F.	108	107	»
S. O. Brg.	92	97	»
Bi Pariet.	86	90	»
Bi Mast.	74	82	»
M. Brg.	105	104	»
M. F.	77	85	»
Trach. Brg.	90	95	»
Bisacrom.	118	126	»
St. Dorsale	70	80	»
Bitroc.	72	84	»
Sacr. Pub.	40	50	»

Annessi sani, due placente fuse in una e comunicanti — Chorion ed Amnios distinti.

L'autopsia della donna non si eseguì dietro domanda della famiglia.

9. N. 303 - Anno 1876 — Primipara - pelvi normale - presentazione podalica - inerzia uterina - sospensione del battito cardiaco fetale dopo l'uscita delle natiche - estrazione - bambino vivo - puerperio morboso.

Donna d'abito regolare, di costituzione buona, di temperamento linfatico, entra nell' Ospizio il 25 novembre. Gravida per la prima volta fu travagliata fino al quinto mese da nausee e vomiti. Ebbe l'ultimo tributo mensile il 14 giugno, incerta la data dei primi moti fetali. Negli ultimi giorni della gravidanza soffrì di cefalea, disturbi visivi, edema alle estremità inferiori. Esaminate le urine si presentavano giallo-pallide, acide, trasparenti, senza odore, densità 1014 senza albumina. Alta metri 1,54, presenta pelvi normale e genitali sani. Il travaglio s' iniziò a termine il 18 marzo ore 10 pom., la dilatazione si completava a 4 ore dopo, rottura spontanea delle membrane, presenta-

zione dell'ovoide podalico incompleto, piede destro, posizione S. I. D. P. Appena uscite le natiche non avvertendo più pulsante il cordone ed essendo l'utero inerte, si completa l'estrazione conducendo alla luce un bambino gravemente asfittico, rianimato dopo 10 minuti, pesante gr. 3251, lungo 51 cent. (27-24), con un bi-parietale di 110, ed un bi-mastoideo 87.

Secondamento mediante la spremitura, annessi normali, peso gr. 620.

Puerperio morboso per peritonite sotto ombellicale; la donna venne dimessa il 7 aprile in 18ª giornata di puerperio.

10. N. 314 - Anno 1876 — Pluripara - pelvi normale - presentazione podalica - inerzia del corpo e spasmo dell'orificio uterino - notevole rallentamento del battito - estrazione - morte del feto e della madre.

Donna di sana e robusta costituzione fisica, non fu mai ammalata, di professione contadina, d'anni 32, entra nell'Ospizio il 10 ottobre del 1876. Ebbe altre due gravidanze, la prima interrottasi spontaneamente ad 8 mesi, la seconda condotta a termine, con parti spontanei, ma feti morti in travaglio per la lunga durata di questo. I puerperii rispettivi furono normali. L'attuale gravidanza fu molestata da vomito nei primi tre mesi. Ebbe l'ultimo tributo mensile il giorno 8 d'aprile. Presenta pelvi normale e genitali sani, le funzioni organiche compionsi regolarmente. Urine acide, densità 1022, senza albumina.

Il travaglio s'iniziò a termine il 4 gennaio alla 1 ant. colla rottura precoce e spontanea delle membrane seguita da uscita copiosa di liquido: alle 7 ant. dello stesso giorno scolo di meconio, battito fetale profondo, più distinto nel quadrante superiore di destra, dilatazione di 4 cent. circa, presentazione dell'ovoide podalico incompleto (varietà natiche in S. I. S. P.)

In tutta la giornata del 4 scolo copiosissimo di meconio; il battito fetale si conserva sempre regolare, la donna però è alquanto agitata e presenta la elevazione termica di 38,2.

5 gennaio. — Medesime condizioni, si pratica una doccia ascendente di 25 litri della temp. di 32, sotto l'influenza della quale le contrazioni aumentano di frequenza e d'intensità, quantunque il travaglio non progredisca che lentamente, talchè alle 3 pom. del giorno 6 la dilatazione è di 7 cent.; alle 5 pom. comincia il periodo espulsivo durante il quale il battito fetale si rallenta e diviene soffiante per cui

si procede alla estrazione alle 5,20 pom. uncinando l'inguine anteriore: si estrae un bambino morto del peso di gr. 3700, lungo 54 (28-26) con un bi-parietale di 102 m. ed un bi-mastoideo di 90 m.

Dopo pochi minuti dalla praticata estrazione, l'orificio esterno dell'utero si contrae spasmodicamente e la placenta rimane incarcerata nella cavità del corpo e riescono infruttuose a compiere la liberazione la spremitura, le trazioni sul funicolo, le injezioni fredde nella vena ombellicale. A vincere la spasmodia dell'orificio interno, si amministra generosamente laudano per clistere e la placenta viene espulsa al mattino senza che in questo frattempo si sia manifestata alcuna emorragia.

La placenta già fetente pesava gr. 520. Puerperio morboso per flebite uterina, la donna soccombe il 12 gennaio in 7ª giornata di puerperio.

Autopsia 36 ore dopo il decesso. Tinta subitterica della pelle, ipostasi cadaveriche ad entrambi i polmoni, nessun infarto, cuore adiposo alquanto più grosso del normale, apparato vascolare normale.

Addome. Siero sanguinolento nella cavità peritoneale in modicissima quantità. Milza spappolabile alquanto più voluminosa del normale. Fegato adiposo. Reni alterati in modo notevole, il destro presenta scolorate notevolmente tanto la sostanza corticale che la midollare, la capsula si distacca facilmente. Il sinistro pure rammollato presenta punti emorragici nella sostanza corticale massime sotto la capsula. I seni e le vene uterine massime in corrispondenza della inserzione degli annessi si presentano al taglio ripieni di pus. La superficie interna dell'utero si presenta ricoperta di liquame e detritus fetente, l'area d'inserzione placentare trovasi al fondo anteriormente ed a sinistra.

Epicrisi. Endometrite necrobiotica e flebite uterina.

11. N. 97 - Anno 1877 — Pelvi rachitica piatta - C. V. 90 - gravidanza gemellare - parto spontaneo del 1° feto in presentazione di vertice - 2° feto in presentazione dell'ovoide podalico incompleto, varietà natiche - inerzia uterina - estrazione - bambini vivi - puerperio morboso per setticemia lenta - artrite suppurata al gomito destro.

Primipara, d'anni 28, spazzettaia, di abito rachitico, di costituzione mediocre, entra nell'Ospizio il 10 aprile. Stato attuale: accusa inson-

nia e cefalea, nessun disturbo visivo, senso di stiramento agl'inguini; sterno leggermente incurvato allo innanzi in corrispondenza dell'angolo del Louis, alquanto carenato; rumore respiratorio vescicolare distinto, toni cardiaci normali. Salivazione abbondante, stomatite, appetito buono, digestione alquanto difficile, pirosi, stitichezza abituale, pannicolo adiposo abbondante, poco consistente, apparato muscolare abbastanza sviluppato (al dinamometro mano destra 40 chilogrammi, mano sinistra 35). Estremità inferiori conformate a C, epifisi ingrossate; fra le spine anteriori superiori 26,5, fra le creste 25 centimetri, coniugata esterna 19, obliquo sinistro 22,5, obliquo destro 23, circonferenza pelvica 83 cent., con C. D. 100. Urinazione facile, urine limpide giallo paglierino, senz'albumina.

Non conosce la data dell'ultima mestruazione; circonferenza addominale massima cent. 100, fondo dell'utero alla zona sopra ombellicale superiore. Colla palpazione e coll'ascoltazione si fa la diagnosi di gravidanza gemellare.

Il travaglio esordisce il 30 aprile. Alle 4 pom. parto spontaneo del primo feto, di sesso maschile, vivo, in presentazione del vertice, in O. I. S. A., peso 1790 gr., lunghezza 45 cent. (23-22).

Tre quarti d'ora dopo l'espulsione del primo feto, rottura artificiale della seconda borsa, presentazione dell'ovoide podalico incompleto, varietà natiche, in posizione S. I. S. T., inerzia uterina, battito cardiaco rallentatosi, per cui si procede alla estrazione del secondo feto che viene alla luce alquanto asfittico, ma che si riesce a rianimare; esso è di sesso femminile, ben conformato, del peso di gr. 1590, lungo 41 cent. (22-19).

Dopo il parto l'utero si conserva voluminoso, inerte, non avvi però emorragia. La placenta si conserva aderente e colla trazione sul funicolo si sente abbassarsi alquanto il fondo dell'utero. Alla sera l'utero è sempre inerte, la placenta aderente e non avvi nessuna emorragia; nella notte, frequenti contrazioni, alla mattina la placenta è in parte in vagina e in parte ancora nell'utero.

Scolo fetente; uncinando la placenta attraverso il collo si riesce ad estrarla; poco dopo violento brivido di freddo con febbre a 40,6. Brivido ed elevazione termica che iniziano la forma setticemica nel decorso della quale si manifesta una anconite destra, essendo la quale passata ad esito, si pratica una incisione in 18ª giornata di puerperio, si instituisce una cura alcoolica chininica; la donna viene dimessa in 43ª giornata, quando erasi quasi compiuta l'anchilosi e persisteva soltanto un piccolo foro fistoloso.

12. N. 123 - Anno 1877 — Primipara - pelvi piatta - C. V. 87 mm. - presentazion epodalica - pericolo del feto - estrazione - esito buono.

Donna robusta, primipara, entra nell'Ospizio, in travaglio da 15 ore, il 24 maggio. D'abito regolare, alta m. 1,45.

Pelvimetria: fra le Sp. 205, Cr. 260, C. E. 175, C. V. 87 mm. Presentazione di ovoide podalico incompleto, varietà natiche in posizione S. I. D. A. Addome notevolmente sviluppato, fluttuazione distinta, puntura delle membrane a dilatazione quasi completa, scolo copiosissimo di liquido amniotico, difficile l'estrazione del capo per la stenosi pelvica. Il feto gravemente asfittico, rianimato con difficoltà, muore 9 ore dopo la nascita, peso gr. 3220, lungo cent. 52 (28-24), Bp. 93, Bm. 73.

Secondamento mezz'ora dopo mediante la spremitura, annessi normali del peso di gr. 690.

Puerperio morboso per febbre traumatica: viene dimessa guarita il 3 giugno in 9ª giornata di puerperio.

13. N. 294 - Anno 1877 — Pluripara - bacino semplicemente piatto - C. V. 80 mm. - ovoide podalico - inerzia uterina - minaccia di asfissia del feto - estrazione molto laboriosa per notevole ossificazione cranica - morte del feto - donna salva.

Donna d'abito regolare, di buona costituzione, d'anni 34, di professione contadina, entra nell'Ospizio il 18 novembre. Ebbe altre quattro gravidanze, la prima interrotta spontaneamente nel corso del terzo mese, le altre condotte a termine, con parto spontaneo, la seconda e la quarta, con parto strumentale (forcipe) la terza; il primo feto nacque morto forse per lunghezza del sopraparto, gli altri due vennero alla luce vivi. I puerperi furono tutti normali. Ebbe l'ultimo tributo mensile della durata di 5 giorni il 1° marzo.

Condizioni generali della donna buone. Risonanza polmonare normale, respiro vescicolare, aumentata l'area cardiaca nel senso trasversale, soffio sistolico all'apice dolce, accentuato il 2° sulla polmonare. Visceri ipocondriaci nei confini, appetenza, digestioni buone, alvo regolare, urinazione normale.

Condizioni locali: apparato genitale sano, circonferenza pelvica 87 cent., circonferenza del ventre all'altezza del bellico a donna supina 100, a donna eretta 103.

Distanza dal pube alla punta collo sterno	44	cent.
» al bellico	27	»
Diametro longitudinale dell'utero (nastro) .	33	»
» trasversale	30	»

Battito cardiaco 144 nel quadrante superiore sinistro. Testa palpabile al fondo dell'utero alquanto a destra.

Pelvimetria:	Circonferenza pelvica . .	87	cent.
	Fr. Sp.	25	»
	Fr. Cr.	26,8	»
	C. E.	19,5	»
	C. D.	96	mm.

Il travaglio s'iniziò a termine il giorno 7 dicembre con contrazioni poco energiche, rare; rottura spontanea delle membrane alle 5,45 a. del giorno 8. Presentazione dell'ovoide podalico in S. I. S. P. incompleto (piede destro), spontanea l'espulsione della parte inferiore del tronco, ma a questo momento, il battito del cordone è ridotto a 10 pulsazioni al minuto, per cui si procede alla estrazione artificiale. È interessante come durante le trazioni sull' arto destro, che volgeva la punta del piede a destra, la posizione si convertisse in S. I. D. A, come fa osservare Hubert in simili casi.

L'estrazione del capo fu molto difficile pel volume della testa e pel suo impegno in modo obliquo, cioè col diametro che dalla sutura fronto-parietale di sinistra si reca alla sutura parieto-occipitale destra pressochè in rapporto coll' antero-posteriore. Si dovettero esercitare trazioni a due per poter superare l'ostacolo e si riusciva solo dopo sforzi energici. La durata dell' estrazione fu di 8-10 minuti e veniva compiuta alle ore 4,05 pom. dello stesso giorno. Il cuore del bambino batteva ancora, ma le pulsazioni andavano mano mano rallentandosi e cessarono affatto 5 minuti dopo. Secondamento 5 minuti dopo mediante la spremitura. Annessi normali del peso di gr. 580.

Autopsia del bambino: Peso 3300, lunghezza 52 (28-24), Bp. 100, B.mast. 80: 1° frattura della colonna vertebrale in corrispondenza dell'unione della 6ª colla 7ª vertebra cervicale: il distacco fra le due

vertebre è completo; effusione sanguigna attorno al punto leso, il midollo non è leso nella sua continuità — 2° frattura della porzione squammosa dell'occipitale destro con effusione di sangue coagulato al dintorno del sito leso — 3° depressione notevole con fessura in corrispondenza della sutura fronto-parietale destra — 4° frattura lineare a direzione irregolare della lamina orizzontale del frontale destro — 5° frattura completa, frastagliata, pressochè trasversale nell'omero destro verso la sua metà.

Il puerperio fu regolare, la donna venne dimessa il 19 dicembre in 11ª giornata di puerperio.

Prima di por termine a questa storia può essere interessante l'accennare ad alcune esperienze a cui servì il feto: dieci minuti dopo la cessazione totale dei battiti cardiaci del feto si mise allo scoperto il cuore che venne eccitato con la corrente faradica; la contrazione delle orecchiette fu molto più pronta di quella dei ventricoli ed avvenne prima. La corrente venne applicata ai due estremi del diametro longitudinale del cuore. Indi si rimettono allo scoperto i centri psicomotori del lato sinistro ed eccitati colla corrente faradica si osservano contrazioni degli orbicolari e della lingua.

14. N. 237 - Anno 1878 — Primipara - bacino regolarmente e totalmente ristretto - parto prematuro iniziatosi spontaneamente - estrazione manuale - bambino e madre salvi.

Primipara, d'abito linfatico, d'anni 24, entra nell'Ospizio il 4 ottobre, alta m. 1,37, Sp. 22, Cr. 23,5, C. E. 18 ½, ultima mestruazione il 14 febbraio. Inizio prematuro del travaglio il 3 ottobre colla rottura precoce delle membrane. Presentazione dell'ovoide podalico completo, in posizione S. I. D. P. Periodo dilatante di 19 ore. Dopo due ore di periodo espulsivo, giunti i piedi all'ostio vaginale, essendo l'utero inerte e rallentato il battito cardiaco fetale, si procede all'estrazione. Feto di sesso maschile asfittico rianimato, peso 1685, lunghezza 41 cent. (22-19), Bp. 79, Bm. 65.

Dopo il parto emorragia da inerzia e parziale distacco della placenta; impossibile il secondamento mediante l'espressione e le trazioni sul cordone, per cui riuscita infruttuosa anche l'injezione della vena ombellicale, si procede al distacco ed alla successiva estrazione colla mano introdotta in cavità. L'emorragia fu di circa 800 gr. Puerperio

morboso per endometrite, la donna venne dimessa guarita in 16ª giornata di puerperio.

15. N. 290 - Anno 1878 — Primipara - pelvi piatta rachitica - presentazione dell'ovoide podalico, varietà natiche - estrazione mediante uncinazione digitale sugli inguini - Puerperio fisiologico.

Donna d'abito rachitico, abitualmente sana, d'anni 27, di professione attendente alla casa, entra nell'Ospizio il 9 dicembre. Gravida per la prima volta presenta nel suo scheletro note di rachitismo; alta m. 1,37, coniugata esterna 18 cent., fr. sp. 23, fr. cr. 23. Esaminata il 17 dicembre presentava il vertice già impegnato nello scavo mentre all'epoca del parto si verificò poscia una presentazione dell'ovoide podalico il che dimostra come anche l'impegno della parte non possa escludere la possibilità di un cambiamento di presentazione. Il travaglio si inizia prematuramente il 30 dicembre alle 6 pom. nella prima quindicina del 9° mese colla rottura accidentale delle membrane, che costituisce il fatto iniziale del travaglio. Presentazione dell'ovoide podalico incompleto, varietà natiche in S. I. S. A.; le contrazioni uterine non si fanno sentire dalla donna che 24 ore dopo la rottura delle membrane e la dilatazione non si fa completa che alla 1 ant. del 1° gennaio. Il liquido amniotico si mantenne di color normale fino al principio del periodo espulsivo. Discese le natiche al piano perineale il battito cardiaco si fa irregolare e rallentato per cui si procede all'estrazione mediante l'uncinazione digitale dell'inguine. Alla prima trazione esercitata in modo graduato si sente avvenire la frattura del femore corrispondente; estratto il podice e la parte inferiore del tronco si sente il funicolo teso e non più pulsante, il feto esercita un atto inspiratorio mentre la cavità toracica è ancora contenuta nelle parti materne, per cui si termina rapidamente l'estrazione. Il feto di sesso maschile, asfittico, viene poco dopo rianimato, presenta una frattura del femore sinistro all'unione del terzo medio col superiore, vi si applica un'acconcia fasciatura — peso 2500 gr., lunghezza 47 cent. (24-23), B. P. 78 mm. — annessi normali del peso di gr. 300, puerperio fisiologico. La donna viene dimessa il 10 gennaio in decima giornata di puerperio.

16. N. 95 - Anno 1879 — Primipara - pelvi normale - presentazione dell'ovoide podalico incompleto, varietà natiche - feto voluminoso - estrazione mediante l'uncino ottuso, riusciti inutili i tentativi colla mano - feto morto - madre salva.

Donna di robusta costituzione fisica, d'anni 27, di professione serva, gravida per la prima volta, a pelvi normale, entra nell'Ospizio il 21 aprile. Il travaglio s'inizia a termine il 4 agosto alle 8 pom. La dilatazione procede lentamente; alle 10 pom. dello stesso giorno essa è di 5 cent., il travaglio illanguidisce nella notte talchè al mattino successivo alle 9,30 le condizioni sono identiche, laonde a rianimare le contrazioni uterine s'introduce una candeletta nel cavo uterino.

Alle 3 pom. la dilatazione è poco più di 6 cent.; tolta la candeletta, a scopo diagnostico si rompono le membrane, cola poco liquido e denso meconio. Si constata la presentazione delle natiche in S. I. S. A., il battito fetale è più distinto nel quadrante inferiore di sinistra. — Alle 10 pom. a dilatazione di 8 cent. si trova la parte alquanto discesa nello scavo. Nello scopo di liberare la donna omai sofferente da 30 ore, stanca e con temp. di 38,7, s'introduce la mano destra intiera per uncinare uno degli inguini; varie volte ripetuti questi tentativi riuscirono infruttuosi; avviene solo il fatto che il sacro che prima era a sinistra ed anteriormente passa a destra. Allora si decide l'applicazione d'un uncino ottuso scegliendo quello a curva più ampia e lo si applica sull'inguine anteriore che è il destro. Faticosissima fu l'estrazione e non ostante tutti i riguardi, la punta dell'uncino penetrò nelle carni fetali, producendo la frattura del femore: allorquando uscì il tronco il cordone non dava ormai che rare ed irregolari pulsazioni. Fu pure laboriosa l'estrazione del capo per il suo volume. Il feto non presenta che qualche pulsazione cardiaca e soccombe subito dopo. Secondamento spontaneo. Annessi normali del peso di 670 gr.

Il feto di sesso maschile pesava 3850 gr. ed era lungo 52 (27-25), Bp. 95. Bm. 75.

Puerperio fisiologico. La donna venne dimessa in decima giornata di puerperio.

Dalle osservazioni qui esposte risulta che l'estrazione, come operazione a sè, venne praticata 16 volte sopra 66 presentazioni

dell'ovoide podalico, il che darebbe un procento del 24. 24. Nella gran parte dei casi essa venne praticata per la minaccia di asfissia del feto, in un caso (osserv. 8ª) per eclampsia onde porre pronto termine al parto: i risultati non furono molto soddisfacenti poichè, prescindendo dalla osservazione 1ª in cui si trattava di feto premorto e dalla osservazione 4ª in cui si aveva un feto anencefalo con spina bipida, sopra gli altri 14 casi si ebbero soltanto 7 bambini vivi (50 %). Ad attenuare l'impressione di questi risultati giova tener calcolo delle complicanze che furono rappresentate complessivamente una volta dall'inserzione cervicale della placenta, 1 volta dall'idramnios, 1 volta da voluminoso fibroma uterino, 1 volta da eclampsia, 7 volte dalla stenosi pelvica. Delle donne ne morirono 4, di cui 3 per setticoemia, 1 per uremia. Uno sguardo dato a queste osservazioni mostra anche la giustezza delle riflessioni fatte al principio di questo capitolo sulle difficoltà che si oppongono alla estrazione nei casi di presentazione delle natiche in determinate circostanze, e sui pericoli da cui è minacciata l'integrità del feto in questo atto operativo in apparenza così semplice.

In 4 casi si ebbero lesioni del feto; in 2 casi esse sono imputabili alla stenosi pelvica (osserv. 3ª e 13ª), ma negli altri 2 casi (frattura del femore nelle osserv. 15ª e 16ª), esse sono imputabili alla mancanza di un mezzo traente opportuno e rappresentano la deficienza dell'arte in tali condizioni speciali, quando una più lunga attesa può riuscire pericolosa per la madre o quando la minaccia di asfissia del feto imponga l'estrazione come operazione d'urgenza.

CAPITOLO IV.

Presentazione della spalla.

Come antecedentemente ho riunito nello stesso capitolo il parto per l'ovoide podalico e l'estrazione, così in questo, farò, per così dire, la storia naturale di questa presentazione viziosa passando successivamente in rassegna i mezzi impiegati dalla natura o dall'arte onde avere la liberazione e studiando quindi complessivamente i risultati ottenuti.

Parvemi infatti che, se io avessi frazionato questo argomento

in speciali e lontani capitoli dedicati, vuoi alla versione, vuoi alla evoluzione, vuoi alla embriotomia sul tronco, ne sarebbe stata distrutta, l'unità morbosa di questa presentazione ed il suo studio complessivo sintetico ne avrebbe avuto nocumento. La via poi a seguirsi in questo studio ci è tracciata dalla natura stessa delle cose e dalla osservazione clinica. Data una presentazione di spalla nella generalità dei casi, se il parto è assistito da una persona dell'arte, giunto il momento favorevole, l'ostetrico deve richiamare l'uno o l'altro estremo dell'ovoide fetale, con manovre esterne, interne o combinate, adesso poco monta, deve insomma praticare la versione, l'unico partito che comporti una prognosi relativamente favorevole pel bambino, non modificando gran che la prognosi per la madre. D'altra parte l'osservazione clinica ci dimostra che, in parecchi casi in cui l'assistenza non fu intelligente o non fu pronta, si è lasciato insomma trascorrere il tempo favorevole per la versione, è possibile il parto spontaneo, è doveroso anzi qualche volta il far calcolo su di esso. Chè se la natura non bastasse, o non fosse prudente l'attendere, l'arte ha mezzi ben determinati per favorire questo meccanismo dell'evoluzione spontanea. Quali sono questi mezzi? Se noi esaminiamo le condizioni meccaniche della presentazione del piano laterale, tosto ci appare come la causa la quale si oppone al parto spontaneo sia la lunghezza del diametro acromion-ischiatico (16-17 cent.), la quale non può confrontarsi col diametro più lungo della trafila pelvica. Ora se noi rompiamo la continuità di quest'asta rigida, rappresentata dal diametro acromion-ischiatico, in un punto qualunque, purchè la situazione di questo permetta almeno la riduzione di 4-5 cent, ovvero se noi colla eviscerazione permettiamo una maggior flessibilità di questa asta, si faccia poi seguire o no l'estrazione, noi ci mettiamo nelle condizioni di aumentare la probabilità della evoluzione spontanea e di accelerare in tal modo il compimento del parto spontaneo.

Essenzialmente diversa è un'altra serie di procedimenti operatorii compendiati sotto il nome di decollazione; con questa infatti noi giriamo le difficoltà e riusciamo ad impegnare uno degli estremi dell'asta rappresentata dal diametro acromion-ischiatico. In tal modo mi paiono ricondotti ad un concetto più semplice e più filosofico tutti i nostri modi d'intervento nella presentazione della spalla, e può persuadersene ognuno esaminando l'ingente numero di processi operativi, che, con nomi diversi, molte volte

di singoli operatori, si descrivono per l'embriotomia sul tronco. Qualche volta per altro circostanze speciali ci fanno deviare da questa via tracciata dalla storia naturale della presentazione della spalla; queste circostanze possono essere la stenosi pelvica, lo spasmo uterino, l'elevazione e retrazione dell'utero e così via: in questi casi bisogna attenersi alle indicazioni del momento ed è qui che allora ogni operatore può sbizzarrirsi a seconda della sua abilità, a seconda dei mezzi che ha a sua disposizione, a seconda della sua dottrina: ma qui noi ci troviamo in un campo non delimitato nettamente da confini scientifici, poichè ogni caso può avere la sua fisionomia e possono allora distinguersi tanti processi embriotomici quanti forse i singoli casi. Per altro siccome la versione qualche volta si è compiuta anche per presentazioni dell'ovoide cefalico complicate o meno, così ad evitare inutili ripetizioni, una volta esaurito l'argomento della presentazione della spalla, faremo per così dire un'appendice dal titolo: *La versione nelle presentazioni dell'ovoide cefalico*, a cui terranno dietro le considerazioni risguardanti l'estrazione del capo rimasto libero nel cavo uterino.

Noi parleremo dunque successivamente della versione nelle presentazioni del piano laterale, della evoluzione spontanea, di quella artificiale, dei processi cioè che si propongono l'evoluzione, della decollazione, dei processi embriotomici irregolari, della versione nelle presentazioni dell'ovoide cefalico

Nel 1° capitolo di questo Rendiconto sono già indicate le generalità riferentisi alla frequenza delle presentazioni del piano laterale, al rapporto delle posizioni, all'influenza della pluriparità, della immaturità del feto, del genere di professione, per cui non mi resta che entrare direttamente nel campo clinico, e anzitutto riporteremo le osservazioni di versione per presentazione di spalla, occorse nel quinquennio, accompagnandole di qualche commento se l'importanza del caso lo esigerà, e riservandoci di fare dopo le riflessioni, a cui potrà dare origine lo studio complessivo dei casi clinici.

I.

1. N. 309 - Anno 1874 — Pluripara - pelvi normale - spalla sinistra D. P. - versione sul fianco sinistro - bambino vivo e puerperio fisiologico.

Donna di costituzione fisica discreta, d'anni 37, di professione servente; entra nell'Ospizio il 22 dicembre 1874. Alta metri 1. 46, presenta pelvi normale, genitali sani, che offrono però qualche dilatazione varicosa che si estende anche alla coscia destra. Ebbe due altre gravidanze decorse entrambe a termine, con parto spontaneo in presentazione vertice; il primo parto fu languido per scolo prematuro delle acque, l'ultimo puerperio fu morboso. Ebbe l' ultimo tributo mensile il 16 aprile, non ricorda la data dei primi moti fetali; in base all'ultima ricorrenza mestruale, il parto sarebbe indicato per il 24 gennaio. L'esplorazione diagnostica instituita il 15 gennaio ci diede:

Pelvi normale. Circonferenza del ventre all' altezza del bellico centimetri 94.

Utero a forma ovale, leggermente obliquo a destra, lungo 28 centimetri a partire dal pube, e misurante 24 nel senso trasversale Battito fetale nel quadrante inferiore di destra, piuttosto posteriormente, regolare, 148 al minuto, presentazione del vertice in posizione destra, probabilmente posteriore.

Il travaglio si iniziò il 23 gennaio.

La dilatazione fu completa dopo 6 ore circa. Essendo la testa sfuggita, si tenta di richiamarla al distretto superiore con manovre esterne, durante le quali si rompono le membrane ed il liquido amiotico trascina seco il braccio sinistro mentre la testa rimonta. Si procede tosto alla versione ponendo la donna sul fianco sinistro; l'atto operativo, per le condizioni favorevolissime in cui fu intrapreso, riuscì facile, durata 5 minuti, e con esso si estrasse un bambino di sesso maschile asfittico tosto rianimato, del peso di gr. 3050, lungo 50 (26-24) con un biparietale di mm. 92, bimastoideo 80 mm.

Secondamento spontaneo, annessi normali, peso gr. 530.

Immediatamente dopo il parto si amministra un gramma di segale cornuta come profilattico contro l'inerzia uterina.

Il puerperio fu afebbrile.

La donna esce dall'Ospizio in 11ª giornata di puerperio il 3 febbraio 1875.

2. N. 108 - Anno 1875 — IIIpara, pelvi rachitica (C. V. 84) - parto prematuro spontaneo alla metà dell'8° mese - presentazione del piano laterale destro in D. A. - versione podalica - feto morto - madre guarita.

Entra nell'Ospizio in travaglio il 13 maggio: d'anni 40, tessitrice, rachitica, a costituzione gracile, ebbe anteriormente a questa due altre gravidanze, la 1ª nel 1865, la 2ª nel 1867, ambedue interrotte colla provocazione del parto per mezzo della spugna preparata nel corso dell'8° mese.

Nel 1° parto si presentò il feto col vertice in prima posizione e l'espulsione fu spontanea, la durata del travaglio fu di 25 ore e 3/4 ed il diametro biparietale del feto misurava 74 mill.

Il 2° parto non fu naturale poichè, presentandosi le natiche con procidenza del cordone, venne fatta l'estrazione. Nel 1° puerperio ebbe una piaga gangrenosa al pudendo, nel 2° venne curata per bronchite di cui già soffriva nella gravidanza.

L'attuale gravidanza fu molestata da vomito, inappetenza, capogiri, salivazione nei primi mesi, indi da catarro bronchiale a cui si aggiunse negli ultimi tempi edema meccanico degli arti inferiori e della metà inferiore del tronco. Esaminate le urine non si rinvenne albumina.

L'esame ostetrico instituito ci rileva quanto segue: circonferenza del vertice all'altezza dell'ombellico 87 cent. Utero quasi globoso, leggermente obliquo a destra, misura 33 cent. nel suo diametro longitudinale, a partire dal pube, 28 cent. nel suo senso trasversale. L'epoca del parto a termine sarebbe indicata dal calendario al 17 giugno in base all'ultima ricorrenza menstruale indicata per l'8 settembre dell'anno antecedente, battito cardiaco fetale a destra ed a livello quasi dell'ombellico, distinto, 144 al minuto prima dello scolo delle acque. Al suo ingresso nell'Ospizio presentava membrane integre, dilatazione di 3 cent. Impossibile la diagnosi della presentazione, quanto colla palpazione tanto col riscontro vaginale. La pelvimetria diede le seguenti misure:

Circonferenza di Kilian . . .	cent.	75
Altezza laterale	»	17
Distanza fra spine	»	24 5
» fra creste	»	23

C. E.	cent.	16 5
Obliquo destro	»	21 5
» sinistro	»	21
Retto interno	»	8 4

Alle ore 4 poi la dilatazione raggiunse i 6 cent., alle 5 3/4 era pressochè completa; puntura delle membrane che dà esito a liquido amniotico abbondantissimo, presentazione cefalica: essendo la testa molto mobile si fa una fasciatura per fissarla, ma, a malgrado di questa, la testa scivola sulla fossa iliaca sinistra e la spalla destra si impegna al distretto superiore in D. A.

Si passa quindi tosto alla versione podalica, estraendo una femmina, gravemente asfittica, che non si riesce a rianimare: essa pesava grm. 2150, era lunga 45 cent,, di cui 24 dal vertice al bellico e 21 dal bellico ai talloni. Diametri:

M. Occ.	mm.	120
O. Front.	»	100
S. O. Breg.	»	90
Biparietale	»	86
Bimastoideo	»	70
M. Breg.	»	100
M. F.	»	90
Trachelo B.	»	110
Biacromiale	»	120
S. D.	»	80
Bitrocanterico . . .	»	70
S. P.	»	40

Annessi sani, peso 450 gr.

L'autopsia del feto diede i seguenti reperti:

Tolta la volta cranica si trova un grave spandimento sanguigno a sinistra, nel quale quasi nuota il corrispondente emisfero cerebrale (diminuito nella sua massa), l'emisfero destro integro, non si trova traccia di cervelletto. Aperto il torace, nel cavo pleurico destro si trova una massa encefaloidea che pigiando in addietro il polmone riempie tutta la cavità. Nella ricerca della strada tenuta dalla sostanza cerebrale nella sua emigrazione si trova un distacco delle parti molli che appoggiano ant. sulla colonna vertebrale ed il corpo della 7ª vertebra cervicale si trova rotto a tutto spessore.

Vicende del puerperio:

Puerperio morboso per endometrite a forma emorragica, l'ammalata viene dimessa guarita in 14ª giornata di puerperio il 27 maggio.

Questo caso è reso molto interessante dalla natura delle lesioni trovate nel feto e dalla curiosa emigrazione della sostanza cerebrale. Questo fatto si presentò parecchie volte anche a Ruge, che, con ricerche più approfondite, segnalò all'attenzione degli ostetrici emigrazioni ancora più curiose. Il 22 giugno 1875 egli estrasse un bambino del peso di grm. 3300 mediante la cefalotrissia, a testa posteriore al tronco. All'esame del cadavere fetale colpiva tosto lo sguardo la presenza al disopra della clavicola destra di un tumore di consistenza pastosa della lunghezza di 6 cent., della larghezza di 4, che al pari di un altro tumore della grandezza di un pugno ,situato al lato sinistro del collo, consisteva di sostanza cerebrale che si spingeva anche nella cavità toracica ricoprendo il timo. — Questa ragguardevole massa di sostanza cerebrale commista a frastagli di midollo spinale aveva trovato la sua via attraverso il canale spinale ed una breccia in corrispondenza della sesta vertebra cervicale, che, infranta nella sua linea epifisaria superiore, lasciava una soluzione di continuità di circa 3 ½ ctm.

Più curioso ancora fu il reperto in un secondo caso, che riguarda una bambina del peso di grm. 3540, che aveva resa necessaria la cefalotrissia dopo la versione. Lo sterno-cleido-mastoideo di destra è quasi intieramente lacerato e l'articolazione sterno clavicolare dello stesso lato squarciata. Il cuore molto ingrandito è ripieno di sangue fluido, di color rosso oscuro, nel quale nuota una quantità di particelle grigiastre, somiglianti a frustoli di sostanza cerebrale. Nella vena cava inferiore come nelle vene epatiche si trovano simili masse, che al microscopio si presentano come costituite di una sostanza fondamentale finamente granulosa con nuclei rotondi ed attraversata da *numerosi capillari ripieni di sangue.* Il corpo della 4ª vertebra cerebrale è rotto in corrispondenza della sua linea epifisaria superiore: la volta cranica è fratturata in più punti e nel cervello trovasi un focolaio della grandezza di una ciliegia di sostanza cerebrale dilacerata ed in sfacelo nel lobo superiore di sinistra. È qui, secondo l'autore, che la sostanza cerebrale sminuzzata trovò la via nelle vene e quindi pel cuore destro nella c. inferiore e nelle v. epatiche.

A maggior schiarimento riporterò ancora il 3° caso. In questo (23 luglio 1875) vennero fatti tentativi infruttuosi di forcipe e quindi fu praticata la versione ed estratta la testa con trazioni manuali. All'autopsia oltre a molteplici fratture delle ossa craniche, ed a distacchi in corrispondenza delle suture, si rinvenne versamento sanguigno al disopra della massa cerebrale. Nel cervello, che si presenta molto anemico, lateralmente a sinistra, al disotto della sostanza grigia trovasi un focolaio di rammollimento e di sfacelo della sostanza cerebrale e similmente a destra. Alla base del cranio piccole particelle cerebrali commiste a sangue e le arterie vertebrali, la basilare, le oftalmiche ed i piccoli tronchi che si diramano nella fossa di Silvio, *sono intieramente ostruiti di una sostanza bianchiccia*, che microscopicamente si dimostra come sostanza cerebrale.

Una obbiezione potrebbe farsi all'autore, obbiezione che egli stesso prevede e combatte, ed essa consiste in questo, che, prescindendo dalle grosse masse cerebrali, cacciate violentemente in parti lontane, come nel caso da me citato e nel 1° caso di Ruge, le piccole particelle cerebrali rinvenute nei vasi potrebbero invece riferirsi a formazioni fibrinose. La *zona granulosa* che si segrega dal sangue presenta infatti una certa rassomiglianza con esse, ma la presenza di capillari nei frustoli rinvenuti nel sangue basta a dissipare ogni dubbio d'errore.

Nel caso riferito in questo rendiconto non vennero praticate ricerche nei vasi. Comunque sia, ho voluto trarre partito di essa, per ricordare i singolari reperti di Ruge e per invitare gli ostetrici in questa nuova via di ricerche, nelle autopsie dei bambini venuti alla luce in modo laborioso vuoi spontaneamente, vuoi coll'opera dell'arte.

3. N. 128 - Anno 1875 — Primipara - pelvi rachitica - presentazione spalla sinistra dorso A. - versione podalica - bambino morto, madre guarita (non indicato il grado della viziatura).

Rachitica, scrofolosa, d'anni 34, di professione servente, entra nell'Ospizio il 14 giugno. Alta metri 1,38, pelvi rachitica, presenta genitali sani e ben conformati, lieve edema alla zona sotto-ombellicale ed agli inf. Circonferenza addominale all'altezza dell'ombellico centi-

metri 100. Utero a forma prevalentemente ovale, obliquo in avanti, distante col suo fondo dal pube 32 cent., ampio trasversalmente 31 cent., battito fetale (132 al minuto), nel quad. inferiore destro e diffondentesi secondo una linea trasversale da destra a sinistra.

Il 30 giugno alle ore 5 ant. rottura spontanea delle membrane, seguita da pochi dolori che scompaiono affatto lungo tutta la giornata, alle ore 4 $^1/_2$ pom. s' introduce un sacchetto di Barnes, alle ore 8 si estrae il sacchetto e si passa alla versione mediante la mano destra.

La mano incontra notevole difficoltà a sorpassare l'ostio vulvo-vaginale; superato questo e quindi l'orificio uterino, si dirige la mano a sinistra ove incontrato il ginocchio sinistro si uncina e stentatamente si abbassa sullo stretto superiore perchè la mano è presa da crampo, ed a disagio può tirare nell'escavazione perchè la spalla che si presentava faceva ostacolo; più notevoli furono le difficoltà opposte alla estrazione della testa; distacco delle vertebre cervicali nelle energiche trazioni, e la testa supera finalmente l'ostacolo riportando però una doppia frattura sul lato della testa che guardava l'arco pubico, cioè una trasversale sul temporale di sinistra e l'altra verticale sul parietale omonimo. Il feto, di sesso maschile, estratto cadavere, pesava grm. 2900, era lungo 50 cent., di cui dal vertice all'ombellico 27, dal bellico ai talloni 23 cent.

Essa presentava i seguenti diametri:

M. O.	130
O. F.	102
S. O. B.	100
Bi P.	90
Bi M.	75
M. B.	110
M. F.	90
T. B.	100
Bi Acro.	130
S. D.	80
Bi trocant. . . .	90
S. P.	50

Gli annessi, sani, pesavano gr. 400.

Puerperio febbrile per endometrite e per lesioni dei genitali esteriori, la donna viene dimessa in 17ª giornata di puerperio, il 18 luglio, completamente ristabilita.

4. N. 133 - Anno 1875 — Primipara - pelvi normale - presentazione spalla destra D. P. - versione podalica-bipolare estrazione - bambina asfittica - puerperio fisiologico.

Questa donna entrò nell'Ospizio il 20 giugno, spaventata per una caduta fatta da una pianta di ciliegie il giorno antecedente, dalla quale però non aveva riportato nessuna lesione; di professione contadina, alta metri 1,53, sana, robusta, a pelvi normale ed a genitali sani e ben conformati, presenta per altro il piede destro deformato e configurato quasi come un piede equino. Gravida per la prima volta, ebbe l'ultimo tributo il I° novembre 1874. I caratteri anatomici si accordano coll'ultima ricorrenza menstruale nell'indicarci la gravidanza pervenuta nella 2ª metà dell'8° mese.

Il giorno 22 alla mezzanotte fu svegliata dallo scolo delle acque per rottura spontanea delle membrane, non preceduta da dolori. Alle ore 8 ant. incomincia qualche dolore, il collo è scomparso, l'orifizio uterino dilatato di un cent. La palpazione ed il riscontro vaginale ci fanno riconoscere una presentazione della spalla destra in dorso posteriore.

Alle ore 10 ant. tentativi di versione con manovre esterne e con un dito nella cavità uterina, ma si desiste per la insufficiente dilatazione dell'orificio uterino che non permette l'introduzione di 2 dita; però si è ottenuto di respingere alquanto la spalla sulla fossa iliaca destra.

Si applica quindi una fasciatura all'intento di non perdere il guadagnato.

Alle ore 1 pom. doccia ascendente di 10 minuti, alle 5 pom. i dolori si fanno più frequenti e più energici, la dilatazione però è allo stesso punto, per cui si applica un sacchetto di Barnes che alle ore 9 ¾ pom. viene cacciato spontaneamente; esso presentava una circonferenza di 16 cent. Nella notte il travaglio fu assolutamente irregolare e languido.

Giorno 23 - ore 9 ant. La dilatazione non è punto progredita, il battito fetale si percepisce ancora ma meno distinto. T. 38,5. P. 116. Si prescrivono 4 grm. di cloralio. — Ore 9, 50 ant. Con manovre

combinate esterne ed interne si riesce mediante l'introduzione di sole 4 dita ad uncinare l'anca destra, che si conduce nello scavo, il tronco è espulso spontaneamente, vengono disimpegnate le braccia ed estratta la testa. Dopo tre quarti d'ora, la placenta essendo ancora attaccata, si fanno iniezioni di acqua fredda nella vena ombellicale, facilitando in tal modo il secondamento.

Gli annessi, normali, pesano grm. 450. Il feto il quale aveva lentamente subito un'azione asfissiante per la lunghezza del travaglio e per lo scolo prematuro delle acque, per quanto richiamato dallo stato di asfissia in cui si trovava, non ebbe mai un vagito energico e la sua superficie cutanea non riacquistò il suo colorito normale: - di sesso femminile, ben conformato, pesava 2430 grm., era lungo 44 cent., di cui 26 dal vertice al bellico e presentava un diametro B. P. di 85 e bimastoideo di 70. Il puerperio fu afebbrile e la donna passava fra le nutrici il 30 giugno in 7ª giornata di puerperio.

5. N. 185 - Anno 1875 — Ipara - pelvi rachitica (C. V. 74-78 mm.) - provocazione del parto prematuro - presentazione della spalla sinistra D. A. - versione - bambino morto con profonda depressione - puerperio normale (V. *Parto prematuro provocato).*

6. N. 263 - Anno 1875 — Pluripara - gravidanza gemella - parto spontaneo del primo in presentazione del vertice - rivolgimento sul 2° in presentazione spalla sinistra D. A. - feto morto - puerperio morboso.

Donna gracile, d'abito rachitico, d'anni 29, professione contadina, entra in travaglio nell'Ospizio il 25 novembre. Gravida per la seconda volta, si sgravò l'anno antecedente di un parto spontaneo a termine di un feto gravemente apoplettico che morì subito.

L'attuale gravidanza fu travagliata nei primi 40 giorni da vomito, indi da dolori intensi alla cintura pelvica ed ai femori, specialmente nella stazione. Ebbe l'ultimo tributo mensile al 1° marzo, non ricorda l'epoca dei primi moti fetali. Al suo ingresso nell'Ospizio presentava: utero molto voluminoso, globoso e contratto a permanenza in causa della intempestiva amministrazione di 3 cartine di segale; membrane

rotte da 26 ore, dilatazione di circa 3 cent., testa quasi al piano perineale, piccola, poco ossificata.

Circonferenza del ventre all'altezza dell'ombellico	cent.	104
Distanza dal pube al bellico	»	23
Altezza dell'utero a partire dal pube	»	43
D. trasverso	»	35

Battito cardiaco nella zona sotto-ombellicale a sinistra in prossimità della linea mediana, presentazione vertice in S.A. Appena entrata (12 ½ pom.) in vista dell'abbattimento generale della donna e di un senso incomodo di freddo uterino, si dà un bagno caldo ed indi si riscalda con pannilini caldi; internamente brodo, vino caldo ed idrato di cloralio per combattere lo spasmo uterino. Al suo ingresso presentava Temp. 39 - p. 100.

Alle 6 pom. ripresa del travaglio, espulsione del 1° feto alle ore 7 e mezza pom.

Alle 8 pom. rottura artificiale del sacco amiotico del 2° feto per constatare la presentazione che non si poteva riconoscere; le acque sono abbondanti, di colorito bruno-nerastro, leggermente fetenti, battito cardiaco mancante in tutto il globo uterino. Si riconosce presentazione della spalla sinistra in D. A. Abbassata la mano per constatare meglio la presentazione la si vede animata da qualche moto. Si procede tosto alla versione ponendo la donna sul fianco: durata dell'atto operativo 3 minuti.

Il primo feto asfittico, rianimato, pesa gr. 2450 ed è lungo 45 cent. (25-20). Il travaglio durò 37 ore per il periodo dilatante e 30 minuti per l'espulsivo.

Il 2° feto di sesso maschile morto pesava grm. 2700 ed era lungo 48 cent. (27-21). Il travaglio rispettivo fu della durata di 5 minuti per il periodo dilatante e 3 per l'espulsivo.

Diametri fetali:

		I.	II.
M. O. . .	mm.	130	115
O. F. . .	»	120	107
S. O. B. .	»	95	100
B. P. . .	»	85	95
B. M. . .	»	75	80
M. Breg. .	»	100	110

		I.	II.
M. F. . .	»	75	85
T. Breg. .	»	90	94
Bis. Acrom.	»	115	120
S. D. . .	»	75	75
Bi trocant.	»	85	90
S. P. . .	»	45	45

Gli annessi, normali, pesavano grm. 900.

Il puerperio fu morboso per bronchite diffusa e flegmasia alba dolens all'arto inferiore di destra.

Viene dimessa il 20 dicembre in 25ª giornata di puerperio.

7. N. 6 - Anno 1876 - Pluripara - pelvi normale presentazione di spalla destra D. P. con procidenza del braccio destro - Infruttuosi tentativi di versione a domicilio - versione sul fianco sinistro - feto morto - puerperio morboso per febbre traumatica.

Contadina, d'anni 30, sana e robusta, entra il 12 gennaio nella Clinica già in travaglio di parto. Menstruata la 1ª volta a 14 anni, sempre lo fu di poi regolarmente. Nessuna deformazione presenta lo scheletro, negativa per tale riguardo è pure l'anamnesi. Ora è alla sua 4ª gravidanza. La 1ª era avvennta il 7 agosto 1866, la 2ª il 13 novembre 1869, la 3ª ai 7 marzo 1871. Gravidanze, parti e puerperi furono affatto normali. Dell'attuale gravidanza (la 4ª) non sa dire nè l'epoca dell'ultima mestruazione, nè quella dei primi moti fetali.

Dal racconto della donna risultava che al mattino del giorno 8 cominciarono a colare le acque, le quali lentamente continuarono ad uscire per tutto quel giorno e per il successivo senza però che la donna provasse dolore alcuno: i dolori rari e deboli cominciarono solo il giorno 10 ma divennero energici e molto frequenti solo verso le 5 pom. del giorno 11, mantenendosi tali per circa 4 ore e poi rallentandosi al punto che nella notte dell' 11 al 12 la donna potè riposare.

Alle 6 ant. del 12 i dolori riprendono ed in breve assumono il carattere di dolori espulsivi — effetto primo di tali contrazioni fu la procidenza di un braccio per cui la levatrice mandò subito per il medico che tentò ma infruttuosamente la versione; prescrisse dei

bagni generali e dei clisteri e poi tentò, ma senza miglior esito, nuovamente la versione. Decise allora l'invio della donna all'Ospizio. Arrivava infatti sopra un carro-ambulanza, mentre la neve cadeva a larghe falde, tutta intirizzita dal freddo alle 2 ½ pom. Prima ancora di passare ad un esame locale, fu messa in un bagno caldo, dal quale fu tolta circa mezz'ora dopo. Agli organi genitali non si riscontravano lesioni pe' precedenti maneggi, solo s'avevano numerosi pacchetti di vene varicose. Il braccio destro era procidente, alquanto tumido, bluastro; la spalla impegnata per circa un terzo dell'altezza dello scavo, e su essa modicamente serrato il collo uterino; corpo uterino abbastanza considerevolmente retratto sul feto. L'esame stetoscopico lascia sentire distinto il battito cardiaco fetale, per cui, non ostante *le sfavorevoli condizioni*, si tenta la versione.

Si mette la donna sul fianco destro e si introduce la mano destra con la quale, dopo aver superato l'ostacolo dato dalla retrazione dell'utero, si riesce ad afferrare un piede ed a condurlo quasi allo stretto superiore, ma qui giunta la mano è tanto intorpidita che è necessario estrarla. Si tenta allora la versione colla mano sinistra mettendo la donna sul fianco sinistro; è agevole impadronirsi del ginocchio sinistro ed abbassarlo fino allo stretto superiore: ma qui la retrazione uterina fa ostacolo all'ulteriore abbassamento; la mano si spossa, onde si applica un uncino ottuso che riesce ad abbassare l'arto; una volta condotto questo all'esterno l'estrazione nulla presenta di interessante. All'uscita del feto tenne dietro quella di un liquame puzzolente risultante di sangue misto a meconio. Il secondamento fu pronto e spontaneo; l'utero si contrasse tosto con validità e si mantenne contratto.

Il feto fu estratto cadavere: era di sesso maschile, del peso di grm. 2700, della lunghezza di 50 cent. (28-22) presentante i seguenti diametri:

M. O.	130
O. F.	110
S. O. B.	95
Bip.	95
B. M.	80
M. B.	115
M. F.	95
T. B.	100
Biacr.	130

S. D.	70
Bitroc.	90
S. P.	50

Gli annessi, normali, pesano grm. 570.

Circa un'ora dopo il parto la donna fu colta da brivido della durata di circa 30 minuti: la temper. si elevò a 41.9, P. 148, R. 36.

Il puerperio, morboso per febbre traumatica, non potè essere osservato che fino al 5º dì, poichè in tal giorno si concedette alla donna di abbandonare l'Ospizio.

8. N. 171 - Anno 1876 — Pluripara - pelvi normale - presentazione della spalla sinistra D. P. - rivolgimento - bambino vivo - puerperio regolare.

Donna di mediocre costituzione, d'anni 30, di professione contadina, entra nell'Ospizio il 26 giugno alle 10. 20 pom. Ebbe altre 4 gravidanze decorse a termine, la 1ª, la 3ª, la 4ª con parti fisiologici per il vertice, la 2ª con parto pure fisiologico per le natiche; i puerperi rispettivi furono normali. Ebbe a subire antecedentemente vajuolo e pleurite sinistra.

Al suo ingresso trovavasi in travaglio da 34 ore; presentazione di spalla sinistra in dorso posteriore, procidenza del braccio corrispondente. Utero alquanto retratto sul suo contenuto, membrane rotte artificialmente fino dalle 2 dello stesso giorno. A domicilio era già stato fatto un tentativo di versione. Non si ascolta il battito fetale, però la mano procidente si contrae al suo titillamento, per cui si pratica il rivolgimento ponendo la donna sul fianco destro, introducendo la mano destra, la quale con una certa facilità riesce ad afferrare il piede destro e lo trae in basso. Si completa quindi l'estrazione di una bambina, morta in travaglio, ben conformata del peso di gr. 2550 e lunga 49 (26-23) con un biparietale di 90 ed un bimastoideo di 80 mill.

Secondamento spontaneo, annessi normali, peso gr. 450. Puerperio regolare. — La donna viene dimessa il 6 luglio in 10ª giornata di puerperio.

9. N. 214 - Anno 1876 — IIpara - pelvi normale - gravidanza gemella - rivolgimento sul secondo feto in presentazione di spalla destra - D. A. - feto vivo - morte della madre.

Donna di sana e robusta costituzione fisica, d'anni 25, di professione servente, entra nell'Ospizio il 22 agosto.

Alta metri 1,50 presenta pelvi normale, genitali sani; ebbe l'anno antecedente un'altra gravidanza condotta regolarmente a termine con parto spontaneo, seguita però da puerperio morboso per pleurite destra.

Il travaglio s'iniziò a termine nella notte del 14 al 15 novembre; notevole lo sviluppo del ventre, il quale presentava una circonferenza di 102 cent.

L'utero misurava trasversalmente 29 cent. e longitudinalmente a partire dal pube 39 cent., il travaglio per cui venne alla luce il primo feto fu abbastanza rapido; questo presentavasi col vertice in S. A. e venne espulso alle 8 ant. Praticato tosto il riscontro non si avverte alcuna parte impegnata allo stretto superiore, mentre colla palpazione esterna si sente la testa a sinistra verso il fondo uterino.

Il battito lo si avverte a destra a livello del bellico, in un perimetro di uno scudo. La donna avverte moti fetali in basso, ed a destra, si fa una fasciatura al ventre con compresse laterali, per mettere in rapporto gli assi uterini e fetali. Alle 10, 45 ant. rottura della borsa con scolo di molto liquido amniotico. Col riscontro si constata allora la spalla destra in dorso anteriore, con procidenza di un'ansa di cordone, per cui si procede tosto alla versione, che riesce molto facilmente. Durata del travaglio:

1° feto	1° per. 4,30 2° per. 0,30	2° feto	2° per. 3,5

Il primo feto di sesso maschile vivo, sano, ben conformato pesa gr. 3000 e misura 49 lunghezza (25-24).

Il secondo di sesso femminile leggermente asfittico ma tosto rianimato pesa gr. 2810 e misura in lunghezza pure 49 cent. (25-24) essi offrono i seguenti diametri:

	I.	II.
M. Occipit. . .	135	125
O. F. . . .	112	107
S. O. B. . .	96	97
B. P. . . .	90	95
B. Mast. . ,	80	80
M. B. . . .	105	105
M. F. . . .	90	85
T. B.	95	105
Bis Acr. . .	122	115
S. D.	90	95
B. Troc. . . .	90	82
S. P.	60	55

Annessi del peso di gr. 1080, dopo il secondamento emorragia di circa 400 gr. Alla sera dello stesso giorno T. 37.2, P. 72.

Giorno 16. — Non dormì nella notte e fu inquieta per stanchezza generale e dolore alle ossa, alle 5 ant. senso di freddo che durò 2 ore, alle 9 ant. T. 38.5, p. 104, utero poco retratto, lochi sanguigni in copia normale, urinazione spontanea. — Cura: vino Marsala, laudano. Sera Temp. 40, p. 156, resp. 36.

Giorno 17. — Non ha dormito, ma fu la più tranquilla delle ammalate della infermeria fino al mattino alle 5 ant.; d'un tratto fu colta da gravissima dispnea, inquietudine generale, cianosi progressiva, perfrigerazione delle estremità, follia del cuore, assenza del polso alla radiale. Si mettono tosto in attività rivulsivi, eccitanti diffusivi che non riescono a far riavere la donna la quale soccombe alle 9 ant. 46 ore dopo la liberazione.

Autopsia. — *Capo.* Qualche coagulo nel seno longitudinale della dura madre - anemia cerebrale - lieve versamento nei ventricoli laterali. — *Petto.* Edema polmonare in scarsa quantità - arterie polmonari vuote. — *Cuore* normale - apparato valvolare sano. — *Addome.* Nessun versamento nel cavo peritoneale - fegato adiposo - rene sinistro più piccolo del normale - molto più grosso il destro - aderenti le capsule tanto da lacerare il parenchima renale nello svolgerli - stelle venose del Verheyn molto sviluppate - poco distinta la sostanza corticale dalla midollare.

Organi genitali. — Utero molto voluminoso, pesa gr. 1400 - il collo misura 75 mill. - il corpo ha uno spessore di 45 mill. Tutto il cellulare periuterino, il cellulare pelvico fino al cellulare perirenaeı'

enormemente edematoso. In corrispondenza dell'orificio uterino un piccolo frastaglio di membrane. Nessuna lacerazione del collo - lieve smagliatura sulla parete posteriore laterale sinistra della cavità del collo. Linfangite laterale sinistra dell'utero, ove si osservano superficialmente grossi seni linfatici ripieni di pus.

10. N. 275 - Anno 1876 — Ipara - rachitica (C. D. 90) - provocazione di parto prematuro - Sp. S. D. P. - versione bambino premorto - morte della madre (V. *Parto prematuro provocato).*

11. N. 296 - Anno 1876 — Ipara - pelvi rachitica, universalmente ristretta (C. D. 79) - provocazione di parto prematuro - spalla destra D. A. - versione - bambino premorto - madre salva (V. *Parto prematuro provocato).*

12. N. 328 - Anno 1876 - Ipara - eclampsia - gravidanza gemella — 1° feto in presentazione podalica, estrazione - 2.° feto in presentazione di spalla sinistra D. P. - morte del bambino e della madre (V. *Estrazione).*

13. N. 154 - Anno 1877 — Ipara - pelvi piatta - rachitica (C. D. 100) - spalla sinistra D. A. - versione col metodo di Braxton Hicks - esito felice.

Donna d'abito rachitico a costituzione gracile, d'anni 30, di professione lavorante in cotone, entra nell'Ospizio il 5 luglio. Gravida per la 1ª prima volta, ebbe l'ultimo tributo mensile ai primi di Novembre, per cui in base all'ultima ricorrenza menstruale il parto sarebbe indicato alla metà di agosto.

Pelvimetria. —	Circonferenza pelvica mm.	780
	Dist.ª Sp. . . . . »	260
	Dist.ª C. . . . . »	260
	C. E. . . . . »	185
	C. D. . . . . »	100

Il travaglio s' inizia prematuramente il 19 luglio alla 1 pom. Presentazione di spalla sinistra D. A.: alle 10 pom. dello stesso giorno collo dilatato a 55 mm., ma alquanto più dilatabile, membrane integre: colle manovre combinate esterne ed interne si riesce a portare l'estremo podalico molto vicino al collo uterino, indi, rotte le membrane, non riuscendo con solo 2 dita si supera l' orificio uterino colla mano intiera e si compie l'estrazione del feto che riesce molto facile.

Bambino lievemente asfittico rianimato. Peso 2030 - lunghezza 44 (23-21) - dm. Bp. 80 - Bmast. 70 - Secondamento spontaneo 5 minuti dopo. Annessi normali del peso di gr. 400.

Puerperio morboso per parametrite destra. La donna venne dimessa guarita il 2 agosto in 13ª giornata di puerperio.

14. N. 197 - Anno 1877 — Pluripara - pelvi normale - spalla destra - dorso anteriore - procidenza del cordone - versione classica - esito felice.

Donna d'abito regolare, di costituzione buona, d'anni 27, di professione contadina, entra nell'Ospizio il 9 agosto. Ebbe due altre gravidanze, condotte entrambe a termine, una con parto spontaneo nel 1867, l'altra con parto gemello parimenti spontaneo nel 1875. Entrambi i puerperii furono normali. Alta metri 1.51, presenta pelvi normale e genitali sani. Esordio del travaglio a termine il 20 agosto alle 6.30 antim.; alle ore 2.30 pom. dello stesso giorno, dopo 8 ore di travaglio, si ruppero spontaneamente le membrane a dilatazione pressochè completa. Si constata la spalla destra in posizione C. A. I. S., con procidenza del funicolo; si procede tosto alla versione podalica, coricando la donna sul fianco sinistro e servendosi della mano sinistra. Facile riescì l'evoluzione del feto, alquanto difficile invece l' estrazione del capo. — Bambino asfittico, rianimato; peso 2800, lunghezza 52 (27-25). Bp. 95. Bmast. 84. Secondamento spontaneo 10 minuti dopo. Annessi normali del peso di grm. 600. Puerperio afebbrile. La donna venne dimessa il 29 agosto in 8ª giornata di puerperio.

15. N. 198 - Anno 1877 — IIpara - pelvi semplicemente piatta - C. V. 85-90 - spalla sinistra - dorso in avanti - versione classica - feto asfittico, rianimato e morto alcune ore più tardi - madre salva.

Donna linfatica, ordinariamente di salute abbastanza buona, d'anni 28, di professione serva, entra nell'Ospizio il 9 agosto. Ebbe un'altra gravidanza terminata nel 1876 con una applicazione di forcipe (V. N. 28, Anno 1876): il bambino fu salvo, il puerperio fu morboso per febbre traumatica. Alta metri 1.46, presenta una pelvi piatta con una C. V. da 85-90. Fr. Sp. 22. Fr. Cr. 25.5. C. D. 97. C. E. 16.5. Esordio del travaglio il 31 agosto alle 6.30 pom.; rottura spontanea delle membrane lo stesso giorno alle 10 pom. Presentazione di spalla sinistra, dorso anteriore. Versione colla mano sinistra, ponendo la donna nella posizione classica. Estrazione di bambino gravemente asfittico rianimato: peso 2690, lunghezza 50 (26-24). Bp. 90. Bimast. 75. Secondamento spontaneo 10 minuti dopo. Annessi normali del peso di grm. 450.

Il bambino morì un'ora dopo, ed in questo frattempo i battiti cardiaci si mantennero lenti ma regolari (70-90 al minuto) e le respirazioni lente ed incomplete (16-20 al minuto).

Autopsia del bambino. — Frattura della colonna vertebrale fra la 6ª e la 7ª cervicale e 4ª e 5ª dorsale con versamento sanguigno peri- ed endo-vertebrale. Midollo spinale integro, frattura dell'occipitale, bilaterale, simmetrica, al punto di unione della porzione squammosa colla condiloidea, frattura incompleta dell'omero sinistro verso la sua metà, versamento sanguigno nel cavo toracico, enfisema sotto-pleurale, polmoni rosei, incompletamente distesi da aria, nessuna ecchimosi sotto-pleurale e sotto-pericardica, cornea e vitreo di aspetto sanguinolento, cristallino ancora trasparente.

Puerperio afebbrile. La donna passa fra le nutrici il 11 settembre in 9ª giornata di puerperio.

16. N. 206 - Anno 1877 — IIpara - pelvi rachitica - C. V. 72 mm. - spalla sinistra, dorso in avanti - versione classica - morte del feto - esito buono per la madre.

Donna d'abito rachitico, d'anni 24, fioraia, entrò nell'Ospizio il 16 agosto. Ebbe un primo parto terminato con operazione embriotomica

nel 1876 (V. N. 205, Anno 1876). Ebbe l'ultimo tributo mensile il 16 dicembre, ma il rapporto sessuale avrebbe avuto luogo unicamente il 1º gennaio per cui a tale epoca la donna fa rimontare la gravidanza, il cui termine sarebbe quindi indicato ai primi di ottobre, C. V. 70-73. Le condizioni pelviche richiederebbero l'immediato intervento, ma la piccolezza del feto, l'abbondanza del liquido amniotico, e le condizioni del collo che sembrano accennare ad un prossimo travaglio ci fanno pel momento soprassedere. Il travaglio s'inizia infatti spontaneamente il 20 agosto alle 11 ant.; alle 8. 15 pom. rottura spontanea delle membrane; al vertice che prima si presentava si è sostituita la spalla sinistra in dorso anteriore, per cui si procede alla versione col metodo classico, estraendo un bambino gravemente asfittico, rianimato, ma che muore un'ora dopo: ottenute le prime inspirazioni coi soliti mezzi (bagno tiepido, doccia fredda sul torace, insufflazione da bocca a bocca, etc.), si nota uno scolo di sangue rutilante dalla narice sinistra ed in parte il sangue per l'orificio posteriore delle fosse nasali penetrava nella retrobocca e rendeva difficile la respirazione del neonato. Frattanto si manifestava anche una ecchimosi sottopalpebrale bilaterale, ma più spiccata all'occhio sinistro. Per arrestare l'emorragia si usarono le iniezioni di acqua ghiacciata dapprima e provate queste insufficienti si ricorse alla iniezione di una soluzione di percloruro di ferro, dando al bambino una posizione addatta per impedire che il sangue scendesse nella retrobocca. La respirazione a poco a poco si va indebolendo ed il bambino muore, come si disse, un'ora dopo.

Autopsia. — Peso 2400, lunghezza 47 (26-21). Bp. 90. Bmast. 76. Frattura della parte laterale destra della squamma occipitale. Distacco del parietale destro dal temporale sottoposto. Frattura della lamina orbitaria del frontale tanto a destra quanto a sinistra e distacco dell'etmoide. Distacco del frontale dalle ossa nasali e dall'apofisi montanti dei mascellari superiori. Vasi meningei repleti di sangue, che coagulato per l'azione del percloruro trovasi nelle fosse orbitarie. Piccoli coaguli della stessa natura fino nei bronchi di medio calibro. I polmoni hanno ben respirato.

Puerperio normale. La donna venne dimessa il 27 agosto in 7ª giornata di puerperio.

17. N. 87 - Anno 1878 — Pluripara - osteomalacia - provocazione del parto prematuro - presentazione di spalla destra D. A. - versione ed estrazione - bambino vivo che muore 24 ore dopo - madre salva (V. *Provocazione del parto prematuro*).

18. N. 175 - Anno 1878 — Pluripara - presentazione spalla destra D. P. - versione - morte del bambino e della madre.

Contadina, d'anni 38, d'abito regolare, costituzione robusta, entra nell'Ospizio il 4 agosto in travaglio da 20 ore; XIpara, le altre gravidanze decorsero normalmente fino a termine con parti spontanei e puerperi fisiologici. L'attuale gravidanza è a termine: fra le Sp. 27 ctm. Cr. 28, C. E. 19 ½. Dopo 10 ore dall'inizio del travaglio rottura delle membrane: riconosciuta la presentazione di spalla, si mandò a domandare il medico locale che fece due tentativi infruttuosi di rivolgimento; dopo di che mandò all'Ospizio la donna, la quale vi giunse alle 8 ½ ant. del giorno indicato, dopo 6 ore di viaggio sopra un carro.

Al suo ingresso in Clinica le condizioni generali sono discrete, l'utero è retratto ed addossato al feto che è in presentazione di spalla destra, dorso posteriore, battito distinto nella zona sott'ombellicale, al centro sulla linea mediana; braccio destro procidente alquanto edematoso, le dita si muovono per eccitamento riflesso, non si sente sulla parte presentata il collo che è portato in alto. La parte presentata è alquanto impegnata e fissa. Si procede tosto al rivolgimento ponendo la donna sul fianco sinistro introducendo la mano destra, la quale dopo aver superata qualche difficoltà all'atto dell'introduzione afferra il piede destro.

L'evoluzione difficilissima e con essa si trasforma la presentazione accennata della spalla in una posizione sacro-iliaca destra posteriore delle natiche che si converte quindi in una sacro iliaca destra anteriore, sotto l'influenza delle trazioni e delle contrazioni uterine. Al momento di disimpegnare le braccia, il feto fa moti inspiratorii, per cui si procura di accelerare l'estrazione, ma a ciò si oppone il volume considerevole del capo.

Alla nascita il cuore pulsa ancora, ma i battiti vanno rapidamente rallentandosi ed il bambino muore.

Secondamento mediante la spremitura 20 minuti dopo. Annessi normali del peso di grm. 600.

La donna presenta quindi il corteo sintomatico della peritonite e muore il 6 agosto alle 2 1/4 pom. in terza giornata di puerperio.

Autopsia del bambino. — Peso 4,220 grm., lungo 57 ctm. (29-28). Bp. 105. Fr. occ. 125, mento-occ. 130, s.-occip.-breg. 110, bm. 92, biacrom. 150, bitrocant. 100. Distacco dell' occipitale dei parietali; stravaso di sangue sotto il capillizio e fra la dura madre e le ossa craniche. Iniezione marcatissima dei vasi meningei. Polmoni allo stato fetale, cioè non iniettati i vasi dell'arteria polmonare, essi galleggiano per l'insufflazione praticata. Cuore voluminoso, frattura al terzo superiore dell'omero destro, mancanza di macchie ecchimotiche, sotto pleurali e sotto pericardiche.

Autopsia della madre. — Spaccato l'addome, che venne solo esaminato per ragioni igieniche, si constatò: versamento di liquido siero purulento abbondante nella cavità peritoneale. Utero ben ridotto, lacerazione del collo in vicinanza dell'orificio interno, estesa in senso orizzontale per circa tre dita trasverse e che conduce nel cellulare periuterino, integro il peritoneo. Non esiste versamento di sangue in vicinanza del punto lacerato.

19. N. 208 - Anno 1878 — IIpara - pelvi normale - presentazione di spalla destra D. A. - a domicilio molteplici tentativi di liberazione - strappatura del braccio - rottura di utero e liberazione colla versione nell'Ospizio - morte.

Donna di costituzione buona, a pelvi normale, di professione filatrice, d'anni 23, entra nell'Ospizio il 7 settembre in travaglio da 25 ore. Prima dell'attuale aveva avuto un' altra gravidanza terminata con un aborto al terzo mese. Trasportata sopra un carro dalla distanza di 25 chilom. circa, viene accolta in clinica alle 9 ant. del giorno indicato. La paziente è depressa, prostrata, con fisionomia abbattuta ed alterazione dei tratti del viso, temp. 39, polso 120. L' utero presentasi elevato, più espanso trasversalmente e abbastanza retratto sul suo contenuto da disegnarne le forme; l'ovoide cefalico trovasi nella fossa iliaca sinistra, l'ovoide podalico nella destra ed alquanto più elevato, tumefazione edematosa dei genitali esterni e della vagina, dall' utero si

sprigionano liquidi e gaz fetentissimi, nel campo dell' orificio uterino avvertesi il moncone della spalla destra, dorso ant. irregolare, frastagliato per avvenuta strappatura accidentale del braccio, dietro trazioni praticate a domicilio, ove le era stata amministrata segale cornuta ed erano stati fatti molti tentativi di liberazione da parecchi medici, e riusciti quelli infruttuosi, la donna veniva inviata all'Ospizio. Feto settimestre, secondo informazioni avute poi, il travaglio datava da circa due giorni e la rottura delle membrane era avvenuta il giorno prima alle ore 11 ant. Amministrato un bagno si procede al rivolgimento (posizione sacro dorsale, mano destra). Difficile l' introduzione della mano, relativamente facile l'evoluzione fetale.

Il feto estratto è settimestre, di sesso maschile, pesante grm. 1100 senza il braccio destro, ed in istato di avanzata putrefazione; la placenta che viene quasi subito, mostra anch'essa incoata putrefazione. Compiuto il parto si pratica nel cavo uterino un' abbondante irrigazione con acqua fenicata; si cauterizzano con acido fenico gli organi genitali contusi ed i punti presi da gangrena, si applica una vescica di ghiaccio sul ventre e si prescrivono pillole d'oppio di un centigr. una per ora. Prima d'applicare la vescica si percuote l'ambito uterino e vi si trova dappertutto suono timpanico.

Un'ora più tardi la donna è presa da brivido che dura 30 minuti, la temp. 40,7, respiro 32. Durante il giorno gusta un po' di sonno, di quando in quando si lamenta per dolori uterini, il ventre si mantiene piatto, ma è dolente alla pressione, l'utero mediocremente retratto, la lochiazione fetente in quantità normale; si pratica il cateterismo vescicale.

Sera. — Temp. 40, polso 128, respiro 28. Nella notte sonno interrotto, dolori in aumento, compare il singhiozzo.

Mattina ore 7 ant. — Temp. 40.3, polso 134, respiro 50, fisionomia sparuta e singhiozzo insistente, dolore addominale intenso, ventre meteoritico, lochiazione sanguigna scarsa; alle 9 ant. peggioramento rapido e notevole seguito dalla morte alle ore 10.

Autopsia 24 ore dopo. — Putrefazione avanzatissima del cadavere; si apre soltanto il cavo addominale che dà esito a grande quantità di gaz fetentissimo; poco versamento sanguigno torbido; ampio squarcio al fondo dell' utero a destra con margini irregolari e frastagliati; a sinistra parimenti al fondo uno squarcio circolare largo quattro ctm. circa; nessuna lesione al collo, erosione superficiale sulla parete posteriore della vagina.

Questo fatto avrebbe potuto indubbiamente avere una fine assai men triste se i medici richiesti a soccorrere la donna avessero rivolto il pensiero alla evoluzione spontanea, ed avessero tenuto conto della prematuranza e piccolezza del feto.

Ecco la condotta ostetrica che nel caso narrato pare a noi sarebbe stata la più saggia e vantaggiosa.

Supposto che il medico, giunto per il primo, avesse trovato il feto ancora in vita e le condizioni favorevoli per la versione interna, fare al più due tentativi di questa, chè non v' era a sperare di estrarre vivo e vitale quel feto prematuro con la versione violenta e prolungata, e poi affidarci all' aspettativa; se il feto era morto astenersi assolutamente da qualsiasi tentativo di rivolgimento, ed aspettare; la piccolezza del feto e la buona conformazione della donna avrebbero favorito l'evoluzione spontanea che, secondo noi, non poteva mancare, e si poteva artificialmente aiutare con la segale cornuta; dato che la evoluzione facesse difetto, procedere alla decollazione od all'evoluzione forzata con l'uncino, o, a peggio andare, far tradurre all'Ospizio la donna quando una prudentemente lunga aspettazione avesse dimostrato improbabile la evoluzione che, dopo rotto l'utero, non poteva più assolutamente farsi. Per contro acciecati dalla preconcezione che nella presentazione della spalla si debba tutto tentare per ottenere il rivolgimento, i medici si ostinarono in questo senza venire a capo di liberare la donna, strappando il braccio, rompendo in due punti l'utero, contundendo gravemente il canale vulvo vaginale, e mandando la donna a soccombere in un Ospizio 25 chilometri distante dalla sua famiglia.

20. N. 33 - Anno 1879 — IIIpara - pelvi rachitica - spalla sinistra, dorso anteriore - rivolgimento - feto vivo - puerperio morboso per artrite suppurata - guarigione.

Questa interessante osservazione venne pubblicata dal Dottor Negri, medico 2º assistente, e qui la riproduciamo integralmente nella sua parte essenziale.

Il 1º febbraio anno corrente riparava in quest' Ospizio in travaglio di parto, una donna di costituzione discreta, d'anni 34, cuoca di professione. Era verso il termine della sua 3ª gravidanza, e già in tra-

vaglio da 12 ore; un rapido esame scheletrico, il ricordo della paziente della difficile deambulazione nei primi anni di vita, fecero sospettare che la pelvi fosse deformata per rachitide; ed infatti la pelvi diede le seguenti misure: distanza Fr. Sp. ctm. 25 — Fr. Cr. 23,5 — C. E. 19,5 — Obl. destro 24,5. — Obl. sinistro 25, — il promontorio si raggiunge a stento. L'esame poi dell'utero lasciava vedere un diametro trasversale esagerato: una grossa parte fetale, la testa, si palpava nella fossa iliaca destra, piccole parti fetali al disopra della fossa iliaca sinistra; battito cardiaco fetale regolare e distinto nel quadrante inferiore destro.

Col riscontro vaginale: dilatazione completa della bocca uterina, membrane ancora integre attraverso alle quali si sente una mano.

Si tenta allora la versione cefalica cercando di abbassare la testa per mezzo di manovre esterne, e pare con successo, poichè col riscontro si sente il vertice ma però molto elevato: nella speranza di fissare la testa si rompono allora le membrane, il liquido amniotico cola in quantità, la testa però, invece d'impegnarsi, sfugge nella fossa iliaca destra e discende la spalla sinistra ed assieme a questa un'ansa di cordone pulsante; verso la parte sinistra del bacino si riscontra un'altra piccola parte che non si tarda a riconoscere per il piede destro, allora colla mano intera in vagina e tre dita attraverso la bocca uterina si tira su questo piede, facile è l'evoluzione del feto, nonchè la sua estrazione. Il feto è di sesso femminile, ottimestre, pesa grm. 2100, è lungo 44 ctm.; lievemente asfittico, ben presto vagisce.

Affatto normali trascorsero i primi due giorni di puerperio; ma al terzo dì un lungo accesso di freddo ci annunciava che qualche cosa di nuovo si aggiungeva; la temp. sale rapidamente ai 39° del centig. e con lievi remissioni tocca il suo maximum (41 del centig.).

Alla sera del 5° giorno di puerperio i brividi di freddo si ripetono di quando in quando; l'esame locale permette di constatare una parametrite sinistra, che il complesso di circostanze e dei sintomi fa ascrivere a quelle infettive. In 12ª giornata cominciano i primi disturbi relativi al ginocchio destro; sono lievi dolori che di quando in quando fanno soffrire la paziente, ed inceppano i moti dell'arto; in 18ª giornata un versamento si è prodotto nell'articolazione del ginocchio; al dolore ed al moto inceppato si è aggiunta la tumefazione che si nota al disopra ed ai lati della rotula risultandone questa spostata; la febbre frattanto, sebbene più modica, tuttavia è continua e raggiunge a sera il 39°. Nei giorni successivi il freddo si ripete, la febbre si rialza; persistendo tutti i notati disturbi da parte del ginocchio, si

decide in 24ª giornata di fare una puntura mediante l'apparecchio di Dieulafoy; si estraggono infatti 100 grm. circa di liquido verdognolo, della densità di 1028, che all'esame microscopico si mostra ricco di cellule embrionali, gran parte delle quali in via di deperimento.

Frattanto la nutrizione generale della paziente va scadendo, le mucose si fanno pallide, la febbre è continua, di quando in quando si ripetono gli accessi a freddo; al ginocchio a nulla valgono dapprima i cataplasmi, più tardi le frizioni solventi; il ginocchio guadagnò ancora in volume; la massima circonferenza del destro è di ben 5 ctm. superiore a quella del sinistro; la gamba ed il piede destro sono alquanto edematosi; il ginocchio tumefatto, dolentissimo al minimo movimento ed al tocco; è manifestamente fluttuante ai lati ed al disopra della rotula; ingrossato alquanto anche l'estremo inferiore del femore poco sopra ai condili ove si sente un rialzo duro, trascorrente in senso trasversale, indolente. Sollevando la gamba si riesce con difficoltà ad innalzare la coscia, e la gamba viene a fare colla coscia un angolo molto ottuso aperto verso la parte posteriore dell'arto; i legamenti laterali però dell' articolazione sono ancora illesi poichè moti di lateralità non è possibile farne compiere alla gamba sulla coscia.

Fu allora tentata l'estensione permanente coll' apparecchio a pesi; giovò alla paziente pei dolori, non mostrò azione alcuna sul processo morboso.

Il lungo decorso del morbo, il peggioramento locale continuo, la febbre, i frequenti brividi di freddo decisero allora il Professore a tentare qualche cosa di più energico ed a sperimentare appunto la puntura e successiva lavatura di quest'articolazione, tanto più che ormai e per i fenomeni generali, e per i segni locali, si doveva ammettere per quell'articolazione l'esito della suppurazione, e che ciò fosse vero venne dimostrato con una seconda puntura fatta coll' aspiratore Dieulafoy che diede grm. 150 di un liquido purulento sanguigno.

Decisa adunque la puntura e la successiva lavatura, l'atto operativo fu praticato colle precauzioni antisettiche; la parte fu lavata dapprima con etere e poi con soluzione fenicata al 2 %; il trequarti impiegato fu il consueto trequarti da paracentesi addominale, tenuto dapprima per ben 24 ore in una soluzione fenica al 5 %; il trequarti fu piantato al lato esterno del ginocchio nel luogo ove la tumefazione era più manifesta; sicuri di essere penetrati nel cavo articolare, si estrasse lo stiletto e si tenne costantemente diretto il getto del polverizzatore contro la apertura della cannula; si fecero poi le iniezioni nel cavo articolare di soluzione fenica al 2 %: il liquido consumato fu circa un chilo-

grammo e non si cessò che allorquando la soluzione ritornava limpida. La puntura diede esito a pus in copia, a molti stralci fibrinosi, a qualche goccia di sangue; il dolore fu lieve, diminuito anche dall'anestesia locale fatta da una polverizzazione di etere. La medicazione fu l'antisettica; in luogo però di immobilizzare l'arto con una ferula di legno, si credette sufficiente l'apparecchio ad estensione coi pesi, che era già applicato da parecchi giorni.

Tale atto operativo ebbe conseguenze utilissime per la paziente; ed in primo luogo deve notarsi il fatto che mentre la sera innanzi la temperatura era salita a 39°,2 da quel giorno in poi la temperatura si mantenne affatto normale per dieci giorni; il dolore diminuì di molto tanto da permettere lunghi sonni alla pazieute. Durante questo intervallo, il ginocchio s'era mantenuto in condizioni buone, il versamento non s'era riprodotto che in grado modico.

Ma nei successivi dì il volume del ginocchio aumentò nuovamente, la febbre ricomparve e con essa qualche accesso a freddo con susseguente elevazione fino a 40°,2.

Esaminato attentamente il ginocchio, si potè vedere che non era avvenuto il coalito per il tragitto del trequarti, ma che invece s'era avviato anche là un processo suppurativo, di maniera che il cavo articolare si trovava messo in comunicazione coll'esterno mediante questo seno. Il Professore allora decise di rifare la lavatura del cavo approfittando del seno persistente per introdurre la cannula e così si fece per tre giorni alterni; la soluzione impiegata fu sempre al 2 %; le cautele antisettiche sempre osservate. Un fatto che lasciava già a sperare era quello che la quantità del liquido che si iniettava nel cavo articolare diventava sempre minore dall'una all'altra lavatura, segno certo che il processo che si domandava andava rapidamente compiendosi.

Dopo la quarta lavatura, la febbre non si mostrò che per tre o quattro sere e lieve (38°5 = 38°7), poi l'apiressia fu continua e con questa il benessere della paziente, ed il rapido ridursi del volume del ginocchio, talchè in meno di un mese le circonferenze massime dei due ginocchi erano pressochè eguali; e col ridursi del volume del ginocchio scomparve eziandio quell'ingrossamento notato alla faccia anteriore del femore, poco sopra dei condili e che si doveva certamente ad una compartecipazione periostea.

Quest'esito a giusta ragione doveva ritenersi una vittoria; però restava ancora un punto nero, cioè la possibilità di una anchilosi totale, che però, per fortuna della paziente, sarebbe stata in ogni modo

retta. Ma anche questa nube doveva ben presto dissiparsi poichè, abbandonato il letto, la paziente un po' alla volta potè compiere lievi movimenti di flessione e di estensione tantochè il giorno della dimissione sebbene non affatto liberi i moti in quell'articolazione, le permettono però la deambulazione ed il salire e lo scendere le scale senza il bisogno di stampella o di aiuto qualsiasi; la paziente può senza sforzo flettere la gamba sulla coscia fino a formare un angolo di circa gradi 110, ed è da sperarsi che l' esercizio progressivo potrà ancora far guadagnare qualche cosa nell'estensione di quei movimenti (1).

21. N. 94 - Anno 1879 — IIpara - pelvi piatta rachitica (C. V. 75) - provocazione del parto prematuro - sostituzione in travaglio della spalla destra in D. P. - rivolgimento - feto morto - madre salva (V. *Provocazione del parto prematuro).*

22. N. 233 - Anno 1879 — Pluripara - pelvi piatta - rachitica (C. D. 95) - presentazione della spalla destra D. A. - rivolgimento - bambino vivo - madre salva.

Donna rachitica, di salute abitualmente buona, d'anni 31, IVpara, di professione serva, entra nell'Ospizio in travaglio il 1° ottobre alle ore 10 ½ ant. Nei parti antecedenti si ebbe sempre la presentazione podalica, che richiese l'estrazione: dei tre feti uno solo venne morto. Il travaglio attuale erasi iniziato a termine di gravidanza il giorno antecedente alle 8 ant.; al momento dell'ingresso presentava dilatazione da 5-6 ctm. e membrane integre; battito fetale regolare sulla linea mediana, diffondentesi in linea trasversale; l'ovoide cefalico era palpabile nella fossa iliaca sinistra: C. D. 95. Essendo più basso l'ovoide podalico che non il cefalico, si pone la donna sul fianco destro nella speranza di ottenere colla posizione la versione podalica spontanea: la posizione infatti dell' ovoide fetale si corregge alquanto elevandosi un poco l'ovoide cefalico benchè la presentazione persista sempre trasversale. Alle ore 3 ½ pomeridiane, essendo la dilatazione completa, s'introduce la mano destra collo scopo di afferrare, previa

(1) Due anni circa più tardi rientrava gravida nell'Ospizio e l'arto godeva liberamente di tutti i suoi movimenti.

rottura delle membrane, qualche parte del vicino ovoide podalico e completare quindi l'estrazione, essendo la donna febbricitante. L'estrazione procede senza difficoltà fino alle natiche, al qual punto si vede il feto accavallato sul cordone, alquanto stirato e non pulsante per la compressione subita: non potendosi svolgerlo, lo si recide, procedendo quindi rapidamente alla estrazione, nel resto della quale per altro si impiega un minuto. Bambino alquanto asfittico, rianimato. Peso 3040. Lunghezza 50 (26-24). Bp. 87. Bmast. 65. Secondamento mediante la spremitura. Annessi normali del peso di grm. 700.

Puerperio fisiologico.

23. N. 249 - Anno 1879 — Pluripara, pelvi normale - spalla sinistra D. A. - rivolgimento - feto e madre salvi.

Donna d'abito regolare, di costituzione robusta, di professione cameriera, d'anni 42, entra nell'Ospizio il 20 ottobre. VIpara: i cinque parti antecedenti furono spontanei ed i puerperi fisiologici. Il parto s'inizia a termine il 16 dicembre: alle 8 ant. dilatazione di circa 6 ctm., borsa pochissimo tesa anche durante le contrazioni uterine: col riscontro vaginale avvertesi un cubito colla punta del grande olecrano, rivolta anteriormente ed a sinistra, mentre la palpazione fa avvertire la testa nella fossa iliaca destra ed il dorso rivolto anteriormente. Battito cardiaco fetale a 120, leggermente soffiante. Molto scarso il liquido amniotico.

Ore 11 ant. — Dilatazione pressochè completa; si procede alla versione podalica ponendo la donna in posizione sacro-dorsale, e adoperando la mano *destra*. Si rompono le membrane in alto in corrispondenza dell'ovoide podalico e si afferra il ginocchio inferiore (sinistro): facile fu l'evoluzione fetale e così pure l'estrazione. In questo caso fu notevole il fatto, che per l'estrema scarsità del liquido amniotico in quantità appena di mezzo bicchiere e tinto di meconio, le membrane erano addossate e modellate quasi sulle parti fetali, e certissimi si era che niuna quantità di liquido erasi colata antecedentemente.

Feto di sesso maschile, leggermente asfittico, rianimato. Peso 3270. Lunghezza 51,5 (27-24,5). Bp. 100. Bmast. 72.

Secondamento mediante la spremitura. Annessi del peso di gr. 550. Cordone e membrane di colorito verdognolo per imbibizione della sostanza colorante del meconio.

Puerperio fisiologico.

24. N. 250 - Anno 1879 — Pluripara - pelvi piatta rachitica - C. V. 80-85 - spalla destra D. P. - rivolgimento - feto e madre salvi.

Donna d'abito rachitico, d'anni 30, entra nell'Ospizio in travaglio il 25 ottobre. Antecedentemente ebbe 4 gravidanze di cui importa conoscere le terminazioni:

1ª gravidanza nel 1872. — Parto spontaneo ma feto morto per la lunga durata del periodo espulsivo.

2ª gravidanza - N. 304 - Anno 1873 (Biennio clinico 1873-74 - Chiarleoni). — Quattro ore di periodo espulsivo non valsero a far sormontare l'ostacolo: applicazione di forcipe, feto leggermente asfittico del peso di grm. 2700 e Bp. di 90.

3ª gravidanza - N. 76 - Anno 1875. — Presentazione di V. S. A: dopo un periodo espulsivo di 5 ore. forcipe allo stretto superiore, feto vivo del peso di grm. 3205, con Bp. di 94, puerperio fisiologico.

4ª gravidanza - N. 76 - Anno 1878. — Forcipe allo stretto superiore, bambino vivo del peso di grm. 3300 con un Bp. di mm. 100.

Esaminata al suo ingresso in Clinica, presentava membrane integre a dilatazione pressochè completa e presentazione di spalla destra, dorso posteriore con una C. V. calcolata in 80-85 mm. Afferrato il piede inferiore (destro) colla mano destra, ed abbassato, si converte la presentazione sopraccenata in una presentazione dell'ovoide podalico in posizione S. I. S. P.; in tale posizione il feto discende fino alle spalle le quali vengono a trovarsi col loro diametro bisacromiale pressochè nel diametro trasverso della pelvi: riuscì quindi difficile il disimpegno delle braccia e massime del destro, disimpegnando il quale si percepì uno scroscio. Si tentò di portare l'occipite all'innanzi facendo girare il capo dall'indietro verso sinistra, ma non si riuscì mentre invece ciò fu facilissimo facendo rotare il tronco da sinistra verso destra.

Feto gravemente asfittico rianimato, con frattura del 3º superiore dell'omero destro. Peso 2550. Lunghezza 45,5 (23,5-22) Bp. 84. Bm. 55.

Secondamento mediante la spremitura. Annessi normali del peso di grm. 500.

Puerperio afebbrile.

Alla fine di questo capitolo faremo il bilancio clinico della presentazione della spalla quale si offerse a noi in questo quinquennio: intanto però giova conoscere quali risultati abbia a noi dato

la versione in tale presentazione, in quali condizioni essa sia stata eseguita, e quale sia il *modus operandi* a cui ci siamo attenuti.

Raramente a noi avviene di operare la versione quando sieno presenti le condizioni favorevoli classiche: queste si verificano nelle donne ricoverate già da qualche tempo nell'Ospizio, e parecchie volte allora si dà di piglio a quella con manovre esterne, scegliendo come epoca più opportuna quella in cui il travaglio è già avviato, e giovandosi della rottura delle membrane, della posizione della donna e di acconcia fasciatura per fissare al distretto superiore il vertice richiamatovi. Tale manovra è così semplice, il più delle volte facile per cui quasi non se ne tiene conto come atto operativo, ed è perciò che qui il lettore non trova indicati se non quei casi che richiesero manovre interne. Nella esposizione clinica dei casi, se ne trova pure qualcuno in cui è riuscito il metodo bipolare, illustrato e diffuso per opera di Braxton-Hicks. — A me sembra che le indicazioni di questo metodo possano essere abbastanza precisate e definite, specialmente in una serie di casi clinici, in quelli di placenta previa marginale con presentazione della spalla. Sopracchiamati allora a combattere l'insorta emorragia, fatti certi della presentazione e rilevata una dilatazione incompleta, nessun partito a noi si affaccia più opportuno che quello di staccare la parte di placenta inserita sul segmento inferiore col processo di Barnes, indi con manovre combinate richiamare alla bocca uterina un arto inferiore ed abbassarlo, previa rottura delle membrane.

Non disconosco i vantaggi di questo processo in altri casi clinici, per es. quando, data una presentazione di spalla, le membrane si rompono precocemente ad una dilatazione di 3-4 cent., l'osservazione mi ha dimostrato che questi casi abbandonati a sè di rado decorrono favorevolmente: dopo un tempo più o meno lungo si raggiunge è vero la dilatazione completa, ma ad ogni contrazione uterina il moncone della spalla si impegna mano mano attraverso l'orificio uterino, e quando dopo un'aspettativa più o meno lunga l'orificio sarà dilatato in modo da permettere il passaggio della mano, noi avremo per contro un impegno profondo della parte presentata ed una retrazione dell'utero sul suo contenuto, se frattanto molto probabilmente anche il feto non ha perduto la vita. Egli è quindi che, assistendo una donna con presentazione di spalla in cui non sia riuscita la riduzione cefa-

lica, crederei doveroso di appigliarsi tosto al processo di Braxton-Hicks quando avvenisse la rottura delle membrane ad una dilatazione insufficiente dell' orificio uterino. Ma se la dilatazione è completa, se le membrane sono integre dovremo noi egualmente dar di piglio al processo di Braxton-Hicks? Nulla osta il farlo, ma qualche volta ho provato io stesso essermi in questi casi più difficile che non a dilatazione incompleta. Parrà paradossale, ma qualche volta la borsa ingombra siffattamente la vagina, le contrazioni incalzano, sotto di queste la borsa si tende, uno strato notevole di liquido si interpone tra la parte infima della borsa e la parte presentata, per cui a me è avvenuto di trovare più semplice di rompere la borsa ed entrare francamente nel cavo *amniotico* a cercare un ginocchio o un piede. Del certo, fatto in queste circostanze, questo atto operativo è così semplice che davvero mi parrebbe questione superflua il cercare se altri processi possano per avventura presentare qualche piccolo vantaggio in confronto.

Nella massima parte delle versioni operate in queste condizioni favorevoli le membrane si ruppero nel campo dell'orificio, e parmi opera lodevole il farlo non tanto per i paventati pericoli di un distacco artificiale della placenta nel passare colla mano fra parete uterina e chorion, quanto perchè il primo processo, introducendo la mano nel cavo amniotico e non a contatto o fra gli strati della decidua è più favorevole ad una antisepsi rigorosa.

Ma quante poche volte noi ci troviamo di fronte a queste condizioni favorevoli lo dimostrano le storie esposte; scolo del liquido da tempo più o meno lungo, retrazione maggiore o minore dell'utero sul suo contenuto, impegno più o meno profondo della parte presentata, donna stanca per i tentativi di liberazione fatti a domicilio e per gli strapazzi operativi, ecco delineato il nostro ambiente operativo nelle presentazioni della spalla, quando non vi si aggiungano penetrazione dell'aria nell'utero, setticoemia già incoata e lesioni più o meno gravi delle vie materne. Niuna meraviglia quindi che il nostro quadro statistico sia poco confortante, specialmente pei bambini, tanto più che un gran numero di questi era prematuro e che qualche volta vi era altresì la complicanza della placenta previa, molte volte quella della stenosi pelvica e una volta quella dell'eclampsia. Così sopra 24 versioni praticate si estrassero vivi solo 9 bambini, di cui 6 maturi e 3 prematuri, e morti 12, di cui 2 maturi e 10 prematuri, essendo gli

altri 3 premorti; delle madri morirono 5, ma in una la morte va addebitata alla squarciatura dell' utero, malgrado cui la donna era stata inviata all' Ospizio; una soccombette alla eclampsia, le altre 3 soccombettero alla setticoemia, la cui insorgenza venne facilitata dalle manovre necessarie alla provocazione del parto prematuro, di cui la versione non fu che il complemento necessario.

Quanto alla posizione della donna ed alla scelta della mano, il lettore avrà visto come gli operatori succedentesi in questo quinquennio non si sieno attenuti ad una norma costante. Egli è che nella generalità dei casi ciò è abbastanza indifferente: nei casi facili si riesce bene in qualunque modo; nei casi difficili il precetto a cui la Scuola dà molta importanza, ed a cui ci atteniamo scrupolosamente, si è che la mano venga introdotta lungo il piano anteriore del feto, e così disposta che a questo rivolga la sua faccia palmare.

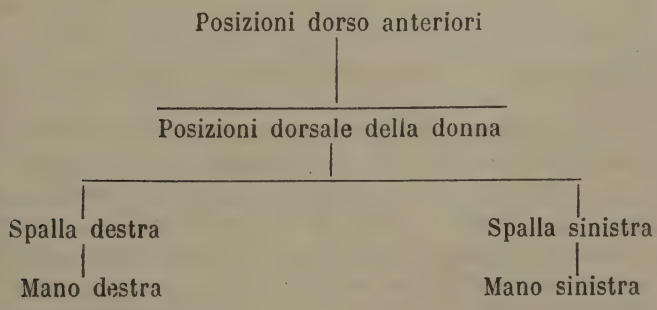
Il Dott. Chiarleoni nel suo articolo *Rivolgimento* pubblicato nella *Enciclopedia Medica Italiana* ci insegna come egli sia solito in tutti i casi ordinarii porre la donna sul fianco sinistro e servirsi della mano sinistra. Ma quando si temono serie difficoltà allora consiglia il seguente modo d' intervento.

Spalla destra { dorso anteriore — fianco destro — mano destra
» posteriore — fianco sinistro — mano sinistra.

Spalla sin.ª { dorso anteriore — fianco destro — mano destra
» posteriore — fianco sinistro — mano sinistra.

Certo ogni portato di una esperienza individuale vasta ed illuminata è altamente rispettabile, ma egli però dimentica di darci le ragioni ed i criterii su cui è basata tale preferenza che io non esito a rifiutare. Ciò che io rimprovero al Dott. Chiarleoni, si è di non essere partito da un criterio chiaro e determinato nello stendere il suo specchietto. Quando egli scrive: *spalla destra D. A. - fianco destro, mano destra* equivale a dire che egli mette la donna sul fianco corrispondente a quello in cui si trovano i piedi del feto, che la mano destra seguendo la concavità del sacro va ad afferrare i piedi lungo il piano anteriore del feto. E fin qui siamo perfettamente d' accordo. Scrivendo invece: *spalla destra D. P. - fianco sinistro, mano sinistra,* equivale a dire che

egli mette la donna ancora sul fianco corrispondente a quello occupato dai piedi del feto, e che la mano sinistra segue ancora la concavità sacrale, ma arrivata nella cavità uterina o questa mano seguirà il dorso del feto ed è quello che tutti ci sconsigliano di fare nei casi molto difficili, o seguirà il piano anteriore del feto ed allora per rendere ciò possibile, la mano dovrà fare un movimento di pronazione forzata ed il braccio un movimento di torsione sul suo asse longitudinale, il che tutto sommato non contribuirà certo a rendere più agevole il superare gli ostacoli che si oppongono all'operatore nei casi gravi. Lo stesso dicasi, ma in senso inverso, delle presentazioni di spalla sinistra, colla differenza che qui mette invece la donna sul fianco opposto a quello occupato dai piedi. Sembrerebbe quindi che per lui l'unica ragione di preferenza dovrebbe essere quella di seguire col dorso della mano la concavità sacrale, ragione che accenna poco prima, ma discorrendo dei casi ordinarii: ma quale vantaggio è realmente questo, quando la mano non deve che percorrere l'asse pelvico e per questo non è punto necessario che il dorso della mano sia rivolto posteriormente? Del resto forsechè è nell'attraversare la pelvi che d'ordinario si trovano le difficoltà, o non invece nel cavo uterino se l'orificio è a sufficienza dilatato? Ho già più sopra accennato quale sia per me il precetto veramente importante, ma quando volessi dal punto di vista mnemotecnico sintetizzare in uno specchietto quanto vidi fare e quanto feci con vantaggio nei casi più difficili, lo stenderei nel seguente modo:



Posizioni dorso-posteriori

Spalla destra	Spalla sinistra
fianco sinistro	fianco destro
mano destra	mano sinistra

Come si vede il criterio che guida in questa meta, sta nel rendere facile l'introduzione della mano lungo il piano anteriore del feto, colla faccia palmare a questo rivolta. Egli è da tal punto di vista che farei buon viso alla posizione carponi della donna, quale fu consigliata pei casi difficili da Edwin Maxon, se essa non si opponesse all'uso degli anestetici, che per noi costituiscono una *vera risorsa nei casi veramente difficili* in cui vogliamo appigliarci alla versione.

La posizione della donna sul fianco sarà poi indicata in modo speciale quando data una notevole inclinazione anteriore dell'utero ci fosse nello stesso tempo una posizione dorso-posteriore. Allora ponendo la donna sul dorso dovendo l'ostetrico piegare fortemente l'avambraccio sul braccio per poter giungere ai piedi, incontrerebbe notevoli e forse insuperabili difficoltà che scompaiono, ponendo la donna sull'uno o sull'altro fianco secondo i casi.

Quanto alla scelta del piede o del ginocchio da afferrarsi, nei casi difficili qualche volta non è di elezione, ma di necessità, ed afferrato un ginocchio od un piede purchessia, se le difficoltà sono reali, siamo felici di trarlo all'ingiù, essendo per noi discutibile, malgrado l'evidenza teorica di cui vuolsi circondare il fatto, se la mancata evoluzione del feto dipenda piuttosto dal fatto puro e semplice della scelta del piede o non piuttosto da altre circostanze concomitanti e specialmente dalla morte del feto e dall' impegno della parte. Comunque siasi, essendo altresì importante che, praticata la versione, il dorso del feto venga a volgere all'innanzi, gio-

verebbe, nelle dorso-anteriori, afferrare l'arto inferiore o omonimo alla spalla presentata, e nelle dorso posteriori l'arto superiore o di nome opposto alla spalla presentata.

II.

Mentre, in 24 casi, di presentazione di spalla, si trovò l'opportunità e l'indicazione di passare alla versione podalica, in 7 casi, l'analisi delle circostanze concomitanti il travaglio e la giusta ponderazione del rapporto reciproco dei fattori essenziali nella meccanica del parto, indusse il professore ad attenersi ad una prudente aspettativa, che in detti casi fu coronata dall'esito favorevole, avendo avuto così l'occasione di osservare 7 volte l'evoluzione spontanea. In parecchi di questi casi, a domicilio, erano già stati praticati infruttuosi tentativi di versione, che potevano condurre a conseguenze disastrose come in una delle osservazioni antecedenti ed in altre che verremo esponendo in seguito. Tutte le donne guarirono, tutti i bambini vennero morti, ma è notorio come sia eccezionale l'avere un bambino vivo nel parto spontaneo nelle presentazioni di spalla; così pure tutti, ad eccezione di uno, erano prematuri, ma ciò non diminuisce punto il valore clinico dell'aspettativa in simili casi, anzi lo corrobora, poichè nè la Scuola volle mai fare della attesa una regola di condotta costante nè tampoco frequente, nè peggio volle mai togliere alla versione il posto che veramente le spetta, solo volle insorgere contro l'abuso di questa, ad evitare disastri lagrimevoli frequentemente osservati, specialmente allora, che e per l'avvenuta morte del feto, e per la scomparsa delle condizioni favorevoli al rivolgimento, questo diventa un'operazione dissennata e dimostrante in chi opera l'ignoranza assoluta dei confini della natura e dell'arte e dell'ausilio vicendevole che devono porgersi.

Ecco ora le sette osservazioni in cui l'opera sola della natura valse a liberare la donna, anche quando l'opera del medico, imperita o riguardo al tempo o riguardo al modo, era riuscita infruttuosa o forse non aveva fatto che ostare al lavoro benefico della natura.

Osservazione 1.ª — N. 121 - Anno 1875. — Contadina di 28 anni, robusta, alta di statura, ben conformata, è accolta nell'Ospizio il 1º giugno; è al secondo parto, e nulla di notevole riferisce del parto

precedente. — Un biglietto del medico che l'invia porta scritto: « Presentazione della spalla; si è tentato il rivolgimento che non si potè compiere per grave spasmo insorto, e che a domicilio non ha ceduto nè a generoso salasso, nè al bagno; si invia perciò all'Ospizio per quei provvedimenti che si crederanno del caso. » I tentativi di rivolgimento fatti da 2 medici pare siano stati 4; lo stato della donna è descritto nel giornale clinico come segue; Considerevolmente prostrata, febbricitante (39,5) ha sulla faccia dipinte le sofferenze fisiche e morali; pelle asciutta, arida, narici fuliginose, lingua secca, sete intensa; polso 132 piccolo, miserrimo, compressibilissimo.

Utero energicamente retratto con risalti ritmici di contrattilità espulsiva; diametro longitudinale 24 ctm., trasversale 20. — L'utero retratto non permette alla palpazione di distinguere alcun che; di tanto in tanto potenti premiti espulsivi. Dalla vulva è fuoriuscito il braccio sinistro col piede destro; il primo è tumido, cianotico con flittene sparse; il piede mostra varie escoriazioni e porta tuttora un laccio; si sente la gamba attaccata alla coscia da un sottile lembo di pelle soltanto; in alto della vagina si sente pure la mano destra; il travaglio che pare anticipato di 16 giorni, dura da 3. — Si porge alla donna qualche cordiale e poi 4 grm. di cloralio onde calmare un po' i dolori senza diminuire la potenza della contrattilità uterina, e tenuto conto della energia delle contrazioni, della posizione bassa della parte, del non forte volume del feto, della sua incoata putrefazione, della buona conformazione della pelvi, e della integrità del canale vagino-uterino, si prende il partito di aspettare; eran le 7 ant. — La spalla presto si abbassa ancora e poi si fissa all'arco pubico, indi rapidamente scende la parte superiore del piano laterale sinistro che quasi subito si estende, percorre la doccia perineale e poi si disimpegna; il tronco fuoruscito è dalla levatrice rialzato verso il pube, e vi tien dietro quasi subito la testa, la evoluzione podalica era avvenuta. Secondamento pronto e aiutato da un po' di espressione. Peso della placenta grm. 500. Il feto femmina in istato di incipiente putrefazione pesava 2200 grm. ed era lungo 50 ctm.

Diametro	occipito-frontale . .	100	mm.
»	biparietale	80	»
»	biacromiale	105	»
»	sterno-dorsale . . .	85	»

Puerperio. — La sera del 2º giorno del parto temp. 40,4, polso 108.

Sera del 4º, temp. 38,1/2, polso 96. Sera del 6º, temp. 37,2, polso 80, e 9º giorno 37,80 - esce il 13º giorno.

Osservazione 2ª. — N. 152 - Anno 1875. — Contadina di 43 anni, sana, robusta, regolarmente conformata, ricoverata la notte del 20 luglio all'una pom., gravida per la 12ª volta, e in soprapparto; nulla di particolare ne' parti precedenti.

Il medico che la manda, aveva tentato ripetutamente con due colleghi il rivolgimento; si presenta la spalla sinistra, dorso in avanti; il braccio è fuori della vulva, lo stato generale e locale buono. — Messa sul letto del parto ed esaminata, vi si trova la spalla fissa all'arco pubico, e l'alto dello scavo occupato in pieno dalla regione superiore del piano laterale; si giudica avviata e prossima l'evoluzione spontanea grazie alla energia delle contrazioni uterine, alla condizione di pluriparità, alla morte del feto sebbene questo sia a termine e non piccolo, e si aspetta. — Dieci minuti più tardi, e con rapidissimo arco di cerchio descritto dal tronco la evoluzione era compiuta, e il feto espulso. — È una femmina morta da 15 ore circa; lunghezza ctm. 50, peso 2986 grm.

Diametro	occipito-frontale . .	100	mm.
»	biparietale	90	»
»	biacromiale	140	»
»	sterno-dorsale . . .	70	»

Secondamento pronto e naturale, peso della placenta grm. 600.

Puerperio. — Sera del 2º giorno temp. 39º,7, polso 104. Sera del 4º giorno temp. 38º,5, polso 96. Sera dell'8º giorno temp. 37,5, polso 80. Esce il 1º agosto in eccellenti condizioni generali e locali.

Osservazione 3ª. — N. 66 - Anno 1877. — Filatrice di 29 anni, di abito regolare, buona conformazione, costituzione mediocre. Conta 5 gravidanze pregresse; le prime quattro regolari seguite da parto fisiologico, bambini sani. — Durante la 5ª contrae la sifilide; parto a termine di un feto vivo, apparentemente sano, e che muore al 40º giorno con manifestazioni sifilitiche.

Ai primi di agosto ingravida per la 6ª volta, a sifilide non ancora spenta. — Nei primi giorni di marzo morte del bambino, e l'8 dello stesso mese, ingresso della donna in Ospizio alle ore 6 pom., in soprapparto da 3 ore. — Col riscontro vaginale si trova: borsa amnio-

tica intestiniforme all'ostio vaginale, dilatazione di circa 6 ctm., nessuna parte allo stretto superiore, corpo dell'utero inerto, spasmo dell'orificio interno. — Si pungono le membrane dando esito ad un litro circa di liquido amniotico torbidiccio, e ben presto si rileva sullo stretto superiore la spalla sinistra in dorso posteriore. Si attendono fino alle 2 ant. del 9 gli effetti della puntura delle membrane; questi mancando si porgono alla partoriente 2 cucchiai di mistura ostetrica (segale cornuta, ergotina, ruta, sabina e uva orsina nell'alcool) verso le ore 8 ant. Il travaglio ripiglia ben presto, assume alle 11 carattere espulsivo, e 15 minuti dopo viene espulso il feto col più regolare meccanismo dell'evoluzione podalica. Il grado di macerazione lo dice morto da circa 6 giorni; è una femmina e pesa 1120 grm.

Espulsione spontanea degli annessi del peso di 350 grm. la placenta offre larghe placche grassose disseminate su tutta la faccia uterina.

Puerperio fisiologico; esce il 15 marzo.

Osservazione 4.ª — N. 168 - Anno 1877. — Robusta contadina di 26 anni, sana, regolarmente conformata, accolta in soprapparto da 20 ore la sera del 15 luglio alle 7 ½. — Di precedenti una gravidanza a termine seguita da parto fisiologico.

Nella gravidanza attuale soffrì vomito nei primi tre mesi, e verso il termine vide farsi varicose le vene dell'arto inferiore destro, e più tardi comparire uno po' di edema ai piedi e al pudendo esterno. — Ecco testualmente quanto sta scritto sul giornale clinico della signorina Bertocchi levatrice maggiore che prestò assistenza alla donna.

Comparsa delle prime contrazioni uterine il 14 luglio, ore 11 pom., che si mantengono poco energiche e separate da lunga pausa per tutta la notte. Alle ore 2 pom. si rompono spontaneamente le membrane, e subito dopo esordisce molto energico il travaglio espulsivo. Riconosciuta la presentazione della spalla con procidenza di lungo tratto di cordone ombellicale, la levatrice fa chiamare il medico; questi tentò per tre volte il rivolgimento, e veduta vana l'opera sua inviò la donna all'Ospizio.

Al momento dell'ingresso stato generale buono, meno alquanta agitazione.

Stato locale. — Contrazioni uterine molte energiche, prolungate e separate da breve intervallo; tutto il braccio destro è fuori dai genitali, lunga ansa di cordone ombellicale non pulsante in vagina, disceso verso la sinfisi sacro illiaca sinistra. Il braccio destro completamente ruotato offriva la mano colla palma in alto e un po' a de-

stra. Il feto fortemente flesso sul fianco sinistro, mostra la regione ascellare e parte del costato destro all'ostio vaginale per la estensione di circa 8 ctm.; durante la contrazione uterina la parte si avanza con tutta evidenza e discreta facilità; si introducono (dalla levatrice) due dita posteriormente e in alto, e tirando con poca forza si abbassano con sorprendente facilità e prestezza le natiche, compiendo così la evoluzione spontanea; il tutto durò meno di dieci minuti.

Il feto di sesso femminile, morto da poco per la procidenza del cordone misurava in lunghezza 51 e pesava 2510 grammi.

Diametro	occipito-frontale . .	95	mm.
»	biparietale	80	»
»	biacromiale	115	»
»	sterno-dorsale . . .	65	»

Secondamento normale; peso della placenta 500 grm. Puerperio fisiologico, senza un'ora di febbre; esce il 22 luglio.

Osservazione 5.ª — N. 325 - Anno 1877. — Il 23 dicembre il medico ff. di primario del sifilicomio femminile, viene in persona all'Ospizio per richiedere l'opera di qualche sanitario per una sifilitica in travaglio da qualche ora con presentazione della spalla e braccio fuori uscito; a lui alcune escoriazioni alle dita vietano di soccorrere la paziente. — Vi si reca il Dott. A. Cuzzi, medico 1º assistente, che, riconosciuto prematuro qualsiasi presidio chirurgico, consiglia di far tradurre la partoriente all'Ospizio dov'è accolta alle ore 8 pom.

È una meretrice che sostenne altre due gravidanze seguite da parto spontaneo, a termine la prima, a 8 mesi la seconda. — È in corso di sifilide secondaria grave (ectima), ha 30 anni, abito regolare, buona conformazione, statura alta, costituzione mediocre; ha inoltre tosse molesta ed insistente per catarro bronchiale con febbre moderata (temp. 39º). — È realmente in soprapparto, ma poco inoltrato; bocca uterina larga 4 ctm. circa, contorno spasmodicamente contratto, mano sinistra fuori della vulva colla palma in alto, immobile, freddiccia; ascoltazione addominale negativa, epoca del parto alla metà circa del 7° mese. Si pratica un bagno generale tiepido e prolungato, una abbondante irrigazione vaginale fenicata, le si dà un clistere laudanizzato, e una pozione calmante e diaforetica. Sonno tranquillo fino alle 3 ½ ant.; a questo momento il travaglio si ridesta, il collo scompare, la dilatazione si completa, lo spasmo scompare e alle 5 15 ant.

dopo 20 minuti di contrazioni espulsive viene il feto con regolarissima evoluzione podalica.

È una femmina morta da circa 12 ore; lunghezza 40 ctm. (7 mesi compiuti) peso 1220 grm.

Diametro	occipito-frontale . .	75 mm.
»	biparietale	65 »
»	biacromiale	95 »
»	sterno-dorsale . . .	40 »

Secondamento normale; placenta del peso di 380 grm. con alcune placche grassose. Al 4° giorno di puerperio, non esistendo febbre, nè alcun' altra controindicazione, si restituisce la donna al sifilicomio per continuarvi la cura della sifilide.

Osservazione 6ª — N. 77 - Anno 1878. — IXpara, d'anni 39, servente, pelvi normale, in travaglio inoltrato, entra nell' Ospizio il 9 aprile. Presentazione di spalla sinistra, dorso posteriore. Inizio del travaglio il giorno 8 alle 5 pom. mentre le membrane eransi già rotte sino dal giorno 2 alle 10 pom. Espulsione del feto col meccanismo della evoluzione spontanea il giorno 9 alle 10.53 ant. Feto di sesso femminile del peso di grm. 2280, lungo 48 (26-22), morto.

Puerperio morboso; guarigione.

Osservazione 7ª — N. 126 - Anno 1878. — IIpara, affetta da sifilide, d'anni 25, contadina, in travaglio, entra nell' Ospizio il 9 giugno. Presentazione di spalla sinistra, dorso anteriore. Evoluzione spontanea. Periodo dilatante 8 ore; periodo espulsivo 45 minuti. — Feto morto e macerato del peso di grm. 1580. Puerperio morboso per febbre traumatica; guarigione.

Trova qui il luogo più opportuno un' altra osservazione di presentazione di spalla, risguardante una donna portata in travaglio nell'Ospizio e morta poco dopo il suo ingresso. A domicilio erano stati praticati numerosi tentativi di versione, e l' evoluzione trovavasi già avviata nel suo 3° tempo. Il Professore fece congelare il cadavere, in modo da colpire per così dire l'evoluzione spontanea in atto e ne fece argomento di una memoria, da cui tolgo integralmente l' osservazione e le considerazioni di cui la fece seguire.

N. 47. - Anno 1877. — La mattina del 17 febbraio 1877, alle ore 6 veniva accolta nell' Ospizio Provinciale delle partorienti, dov' è la Scuola di Ostetricia, una contadina di 27 anni, proveniente da un paesello fuori 15 chil. da Porta Venezia. — Alta di statura, dall'abito regolare, con bella armonia di forme, dalla costituzione robusta, dalla pelvi apparentemente ampia, la poveretta è in soprapparto, a termine della sua 4ª gravidanza. L'accompagna una sorella, che riferisce le altre gravidanze aver avuto un decorso regolarissimo e un seguito di parti e puerperi fisiologici e quattro allattamenti pur essi regolari. La gravidanza attuale, sempre al dire della sorella (che la partoriente è agonizzante) fu felicissima pure, e toccava il suo termine la sera del 16 febbraio alle 7, ora in cui esordiva il travaglio.

Alle ore 11 ½ è chiamata la mammana, che prima ancora di aver fatto un esame qualsiasi rompe le membrane; cola poco liquido amniotico, e le doglie si sospendono; ma riprendono presto con frequenza ed energia inusitata, dando per solo effetto, e spiacevole, la discesa in vagina e poi fuori la vulva, del braccio sinistro in compagnia del cordone ombellicale. A questa vista la levatrice fa chiamare il medico che, appena giunto, tenta a più riprese, ma invano, la liberazione col rivolgimento, e quindi sopra poco adatto carro fa tradurre la partoriente all'Ospizio alla cui porta giungeva alcuni minuti prima delle 6 antimeridiane.

In vicinanza della città la povera donna che fino a quel momento aveva accusato frequenti e valide molto le contrazioni uterine, le sente sospendersi, ed è presa da ripetuti deliqui. — Giunta alla porta dell'Ospizio i deliqui la riprendono, e la meschinella sentendosi venir meno invoca pronto soccorso. — Tutta la sollecitudine compatibile con lo stato minaccioso della donna è messa in opera; ma non eran corsi 12 minuti dacchè varcata la soglia dell'Ospizio giaceva sul letto del parto, e una sincope mortale poneva termine alle di lei sofferenze. Nel frattempo un rapido esame fatto dalla levatrice maggiore rilevava fuori uscito dai genitali tutto il braccio sinistro, e compagno un lungo tratto di funicolo ombellicale non pulsante, flacido e rosso-bruno, prova che il feto era morto da alcun tempo.

La doppia catastrofe di cui s'aveva la *certezza fisica* controindicava assolutamente qualunque intervento, e alla scienza lasciava l'unico e triste compito di indagarne più tardi le cause alla bara anatomica. Per altro, tenuta in conto la procidenza totale del braccio che lasciava più che ragionevolmente supporre rapporti

non naturali del feto coll'utero e colla pelvi materna, noi ci chiedemmo se non era da tentare coll'azione del freddo, la conservazione esattissima di siffatti rapporti per poi riprodurli col disegno, e così procurarci come il complemento di un atlante ostetrico dal pregio *non comune* di essere nel caso nostro la fedele immagine della natura: porre il quesito gli era come tentarne *illico et immediate* la soluzione.

Scorse le 24 ore regolamentari dalla morte, il pezzo fu messo a gelare in un miscuglio frigorifico di sale e ghiaccio, e tenutovi per 8 giorni con una temperatura discesa e mantenuta per lievissime oscillazioni a — 12 R. — Il 25 mattina dell'istesso mese, colla sega condotta dall'avanti all'indietro sulla linea mediana, il pezzo venne diviso in due, indi si lavò accuratamente con alcool la superficie dei due spaccati onde dar risalto alla colorazione delle linee circoscriventi i vari organi e tessuti, e lo stesso giorno il pittore, sig. Trezzini, si mise all'opera. Questi la mattina del 12 marzo aveva compiuto il compito suo, e nelle prime ore pomeridiane del medesimo giorno si procedette alla necroscopia dopo aver restituito ai tessuti, mediante l'acqua calda, la cedevolezza necessaria per l'esame.

La superficie interna dell'utero sbarazzata dagli annessi e da un grosso grumo di sangue, che circondava il 3° inferiore della gamba destra del feto fu trovata normale; nessuna lacerazione del muscolo uterino, del velamento peritoneale e della vagina; niuna traccia di versamento qualsiasi nel cavo peritoneale, visceri addominali sani (il cranio e il torace furono, per desiderio de' parenti, rispettati).

Nel cellulare periuterino e specialmente in quello delle duplicature dei lagamenti larghi, abbondante stravaso di sangue che raccolto e pesato segna 1200 gr., oltre la quantità notevole sciolta si nell'acqua bollente in cui fu posto il pezzo per lo sgelo; l'utero che si conserva nel Gabinetto della Scuola, pesava, appena estratto, insieme al 3° superiore della vagina gr. 1200. — La pelvi regolarissima ha le dimensioni ordinarie; il feto di sesso femminile era ben conformato e pesava 3250 grammi; la placenta 400. Dalla presentazione e posizione del feto colte sul fatto, appare manifestissimo come l'evoluzione spontanea avesse ormai compiuto il 3° tempo, che consta della fissazione della spalla all'arco pubico, dell'allungamento del collo, della rotazione della testa sul pube e notevole allontanamento da questo; e come grazie al compimento del terzo

tempo il grand'asse del feto si fosse messo sull'asse dell' utero e dello stretto superiore, confusione di asse necessaria per l'impegno e la progressione del feto lungo il canale utero-pelvico. Il lettore può convincersi *quindi* quanta concordanza corra tra il fatto da noi sorpreso e la teorica di quel meraviglioso meccanismo che è *la evoluzione spontanea,* e vede inoltre una prova del grado di esattezza sorprendente, che si raggiunge nelle osservazioni e deduzioni ostetriche.

È pregio dell'opera invece portare una breve discussione sui punti che seguono.

Quale fu la causa determinante l' enorme trombo-pelvico periuterino che spegneva la donna?

Quale il valore della condotta ostetrica tenuta dal medico che primo vide la donna?

Quale doveva essere la nostra nel caso che la donna non fosse venuta meno così rapidamente?

A chi ponga mente soltanto ai tentativi di rivolgimento che precedettero l' invio della donna all'Ospizio, e li metta in presenza del copioso stavaso sanguigno trovato nel cadavere, potrà parere ragionevole e attendibile la supposizione che gli sforzi ripetuti dall'operatore per giungere ai piedi del feto respingendo con una certa violenza la parte presentata contro l'utero e questo in alto, donde stiramento delle sue connessioni vagino-parametriche, oppure colla forza dell' attrito della mano stessa che procedeva in alto scorrendo lungo la parete posteriore vagino-uterina, abbia rotta una qualche grossa vena del plesso vagino-uterino posteriore, donde la fatale emorragia.

Ma se d'altra banda si vorranno mettere sulla bilancia le considerazioni che seguono, e cioè « che al momento della venuta del medico (certo che non più di due ore dopo rotte le membrane) la spalla con tutta probabilità non doveva trovarsi ancora profondamente impegnata, e che per conseguenza la forza per giungere nella camera uterina, e verso il fondo non poteva essere considerevole, che le contrazioni espulsive si erano mantenute, durante buona parte del viaggio, frequenti assai ed energiche, sospendendosi bruscamente al momento in cui la donna giungeva presso la città, che la sospensione coincideva con ripetuti deliqui, e che il viaggio fu assai lungo e fatto sopra mal connesso carro, si troverà parimenti attendibile l' ipotesi che l'accidente da cui nacque la emorragia, vale a dire la rottura va-

scolare abbia avuto per causa la violenza del travaglio coadiuvata dalle scosse inevitabili col modo di trasporto della donna; si ammetterebbe con siffatta ipotesi una non infondata etiologia del trombo genito-puerperale. Io confesso la mia predilezione per l'ultima delle ipotesi, e perciò, pur biasimando la imprudenza di far tradurre nel modo anzidetto dalla campagna all'Ospizio una donna in travaglio di quella natura, mi sento autorizzato a proclamare innocenti del disastro i maneggi operativi del medico che ci inviava la partoriente.

Checchè ne sia, discutiamo adesso gli altri due punti, quale cioè fu il valore della condotta terapeutica ostetrica del primo operatore, quale doveva essere la nostra se la morte della donna non preceduta da quella del feto non ci avesse condannati all' inazione. Io dichiaro altamente importante siffatta discussione avvegnachè sappia che mi condurrà a corollari pratici, i quali si discostano assai dagli insegnamenti che corrono rispetto alla presentazione del piano laterale quando la spalla è molto impegnata; cotesti insegnamenti, peccando, a mio avviso, di uniformità e di assolutismo, hanno la loro parte di causalità ne' disastri consimili a quello riferito.

Nell'ipotesi premessa che il medico al suo giungere presso la donna abbia trovato l' utero bastevolmente dilatato o dilatabile, nè tetanica retrazione, e il feto immobilizzato da questa o dal profondo impegno della parte presentata, egli aveva il debito imprescindibile di tentare, siccome fece, il rivolgimento: e questo era tuttora indicato quando, pur esistendo spasmodia dell'utero e la conseguente immobilità passiva del feto, non vi fosse stata compagna la fissazione della spalla in basso della sinfisi pubica, soltanto è bene aggiungere (cosa per altro notissima) che in allora i tentativi di versione dovevan farsi precedere dall'uso efficace di tutti quei mezzi che l' esperienza suggerisce siccome valevoli a rimovere il poderoso ostacolo della retrazione uterina. Per contro se (cosa improbabile), l'evoluzione spontanea era avviata e giunta al momento della fissazione della spalla all' arco del pube, *è mio avviso che in siffatta contingenza il medico avesse il debito di affidarsi all'aspettazione se il feto era vivo*, cercando di aiutare colla mano la evoluzione; decidersi immediatamente per la embriotomia se il feto era morto, giudizio reso facilmente sicuro dalla procidenza del cordone: — oppure sentendosi chirurgicamente e fisico-moralmente disarmato per codesta

operazione, invocare l'aiuto di uno o più colleghi, o alla men peggio, inviare la donna all'Ospizio senza aver fatto precedere alcun tentativo di liberazione

Quanto a noi, se per avventura la donna non fosse morta nel modo descritto, — riscontrato l'atteggiamento del feto quale fu enunciato, fedeli alla legge che ci siamo fatta da qualche anno, avremmo aspettato curando di aiutare l'evoluzione se avessimo trovato il feto tuttora vivo, praticata invece e con tutta sollecitudine un'operazione embriotomica (compresa nella denominazione la evoluzione artificiale strumentale) quando al nostro arrivo avessimo trovata certa la morte del feto; fatta la medesima operazione *in qualunque caso* se, giudicata impossibile l'evoluzione manuale, lo stato della donna avesse reclamata di urgenza la liberazione.

Gli è dire con ciò che per noi la discesa profonda della spalla sia il feto a termine o no, *controindica assolutamente la versione.* — È agevole cosa trovar buona compagnia per cotesto modo di intendere siffatto punto di pratica ostetrica; ma oltre a ciò noi ammettiamo l'aspettazione quando il feto è vivo, come l'ammettiamo ancora se il feto è morto, purchè lo stato generale e locale della donna non imponga una prontissima liberazione, e i rapporti del feto, come la posizione molto bassa della spalla lascino sperare la evoluzione spontanea.

III.

Qualche volta per altro una troppo lunga aspettativa può essere fonte d'inconvenienti e di danni, essendo già la donna stanca, affaticata, esausta di forze, ovvero febbricitante. In questi casi, se vi sono già condizioni favorevoli per l'evoluzione spontanea, se la parte è profondamente impegnata, se il moncone della spalla è già fisso sotto l'arcata pubica od è già prossimo a farlo, se la testa si è già portata sopra la sinfisi pubica quale partito migliore più facile, più sicuro resta all'ostetrico se non quello di facilitare e di compiere l'opera già incominciata od avviata dalla natura? Ora, date queste condizioni, quale è la causa che si oppone al pronto compimento spontaneo del parto? In quale modo possiamo noi combatterla, possiamo noi rimuoverla? Date le condizioni so-

vraesposte, evidentemente la causa che si oppone al parto, è unica e d'indole meccanica. Essa consiste cioè nel fatto che il diametro rappresentato dall'asta vertebro-sacro coccigea è superiore al diametro obbliquo della pelvi: ora della colonna vertebrale noi non possiamo prendere in considerazione se non quella parte deliminata in alto da un piano che unisce i due processi acromiali: noi dobbiamo cioè prendere in considerazione un diametro acromion-coccigeo od una linea a questo equivalente. Come dovremo noi quindi comportarci nei casi sopra indicati? Anzitutto sarà nostro compito di fissare la spalla sotto l'arcata pubica se non lo era già, al che si riuscirà facilmente facendo trazioni sul braccio procidente. Allora l'acromion sporge dall'arcata pubica ed il problema meccanico è semplificato come è semplificato quando nelle presentazioni del vertice o della faccia l'occipite o il mento escono dalla pelvi in corrispondenza dell'arcata sotto-pubica. Intanto qualche volta, se il feto è prematuro o morto da qualche tempo, quindi a colonna vertebrale meno rigida, più pieghevole, basterà tale semplice manovra continuata, basterà cioè insistere un pochino sulle trazioni sul braccio procidente, facendo allora (quando il moncone è già fisso sotto l'arcata pubica) trazioni in una direzione opposta, all'avanti cioè ed in alto, in modo da agire, coll'intermedio della spalla e dei muscoli che ad essa si inseriscono sulla parte toracica del tronco. Chè se ciò non bastasse o perchè il feto non è prematuro o perchè la colonna vertebrale non è abbastanza cedevole, allora tre mezzi restano all'ostetrico egualmente facili, sicuri, razionali.

1) Portare la nostra forza traente in un punto meno eccentrico, verso l'ovoide podalico, aumentando così il quantum di forza utile e facilitando la flessione della colonna vertebrale.

2) Praticare la eviscerazione ed aumentare così pel fatto di questa la flessibilità e la cedevolezza della colonna vertebrale.

3) Rompere la continuità della colonna vertebrale in modo che si diminuisca almeno di 4-5 cent. la sua lunghezza.

Si può rispondere alla 1ª indicazione coll'opera della mano o coll'opera di adatto strumento (uncino ottuso od acuto). Quanto alla evoluzione artificiale manuale non potrei descriverla meglio che riportando le parole stesse con cui il Billi dichiara di averla eseguita. *(Sulla I. R. Scuola di Ostetricia in Milano e sulle cose*

notabili osservatesi nella Clinica ostetrica nel corso di un decennio).

« Prendo il braccio procidente insino alla spalla, e mentre fac-
» cio ponzare alla donna, esercito su di esso trazioni tali da por-
» tare la spalla fuori della vulva ed al disotto dell'arco del pube.
» Affido allora tal braccio ad un assistente, il quale deve tenerlo
» fisso in guisa che la parte inferiore del collo, la quale, a se-
» conda della posizione suole trovarsi un poco a destra od a si-
» nistra della sinfisi pubica, rimanga ferma nello stesso posto ed
» il capo situato sopra una branca orizzontale del pube non possa
» avanzarsi.

« Le natiche del feto sono ancora sopra l'apertura superiore
» del bacino e corrispondono alla sinfisi sacro-iliaca opposta al
» lato ove è la spalla. Per farle discendere penetro tra la pelvi
» materna, ed il ventre del feto colle dita di ambo le mani, una
» delle quali è portata più in alto che sia possibile nella conca-
» vità del sacro ed abbraccio i lati del ventre, poscia eseguisco
» forti trazioni, dirette in modo da far discendere totalmente i
» fianchi nella cavità della piccola pelvi, ed obbligare le natiche
» ad attraversare lo stretto superiore. A misura che queste di-
» scendono nel piccolo bacino, esce dall'apertura inferiore il lato
» del petto, quindi, continuando le trazioni, il fianco, ed infine
» le natiche. Estratto il tronco la testa viene d'ordinario espulsa
» dalle sole forze naturali. »

Alla seconda indicazione corrispondono le forbici, il bistori, l'uncino acuto.

Alla 3ª indicazione le diverse specie di vertebrotomi, l'uncino ottuso, l'uncino acuto.

A tutti questi diversi mezzi preferisco l'uncino acuto, il quale, contemporaneamente, può compiere ad un tratto queste tre diverse indicazioni, può portare cioè la forza traente in un punto meno eccentrico, può compiere l'eviscerazione, può rompere la colonna vertebrale, e rende quindi inutile il passaggio eventuale dall'uno all'altro mezzo, una volta riuscito frustraneo quello esperito antecedentemente. Ho provato parecchie volte l'uncino acuto sul tronco e sul capo, non mi ha mai *rallentato la presa* senza che me ne accorgessi, porgendomi quindi l'opportunità d'impiantarlo in luogo più resistente prima ancora che la presa fosse abbandonata, mi è sempre riuscito, non ha mai prodotto danni

nè a me nè alla donna. A questo mezzo innocuo, a questo mezzo che *compendia in sè tutte le indicazioni razionali*, perchè non dare la preferenza? Farei una sola eccezione e questa nei casi eccezionali in cui il feto è ancora vivente, nei quali casi naturalmente se la versione fosse controindicata e se avessi ragioni di credere alla buona riuscita della evoluzione artificiale darei di piglio a quella manuale.

Premesse queste brevi osservazioni passo ora alla esposizione delle osservazioni, dalla lettura delle quali anche il lettore si persuaderà della bontà del mezzo e della facilità della sua applicazione:

Osservazione 1ª — N. 245 - Anno 1876 — Pluripara - pelvi normale - presentazione spalla sinistra D. P. profondamente impegnata - feto morto - evoluzione artificiale strumentale mediante l'uncino acuto - puerperio normale.

Donna di sana e robusta costituzione fisica, d'anni 30, professione contadina. Entra nell'Ospizio il 24 settembre alle 8 ½ pom. dopo 40 ore di travaglio.

Ebbe altre 6 gravidanze decorse normalmente e terminate, le prime cinque, con parto fisiologico per il vertice; la sesta artificialmente mediante l'estrazione manuale, per presentazione dell'ovoide podalico. I rispettivi puerperii furono normali. La donna attualmente al termine della sua 7ª gravidanza ci racconta come alle 6 ant. del giorno antecedente si rompesse il sacco amiotico con scolo abbondante di liquido che continuò a gemere per tutta la giornata, la notte e la mattina seguente. Alla 1 p. del 24 fu colpita da un intenso brivido, non fu che alle 6 pom. dello stesso giorno, che, riconosciuta la presentazione di spalla dal medico condotto, venne inviata a questo Ospizio, ove arrivava alle 8 ½ pom., trasportata su di un carro. Presentava la mano sinistra e l'avambraccio procidente al di fuori degli organi genitali, parte alta del torace tutta impegnata ed esercitando trazioni sul braccio questo discende alla vulva fino alla sua radice. La donna è in preda a movimento febbrile (Temp. 39,5) mancanti i segni della vita del feto, sperando nella evoluzione del feto la si agevola esercitando trazioni sul braccio procidente dalla parte ove volge la testa, e impiantando sulla colonna vertebrale un uncino acuto.

La liberazione riesce facile e si estrae una bambina morta del peso

di gr. 2950, e lunga 47 (25-22) con un biparietale di cent. 86 ed un bimastoideo di 76 cent. Annessi normali del peso di gr. 650.

Il puerperio fu regolare nei 3 giorni di degenza nell'Ospizio, dopo i quali la donna volle essere tradotta a domicilio.

Osservazione 2ª — N. 214 - Anno 1878 — Pluripara - pelvi normale - presentazione del piano laterale sinistro D. P. - ripetuti ed infruttuosi tentativi di versione a domicilio - evoluzione artificiale istrumentale.

Fruttivendola, d'anni 26, d'abito regolare, di pelvi normale, entra nell'Ospizio il 12 settembre alle 5 ant. in travaglio. Ebbe antecedentemente 7 gravidanze decorse regolarmente a termine con parti spontanei seguiti da puerperi fisiologici. L'attuale gravidanza è a termine. Presentazione del piano laterale sinistro (D. P.) Al momento dell'ingresso si constata: braccio procìdente insensibile agli eccitamenti, spalla profondamente impegnata, bocca uterina risalita sulla parte presentata, utero retratto, raddossato al feto e dolente alla palpazione, contrazioni abbastanza energiche, mancano i segni della vita fetale, vescica distesa, donna molto eccitata, cateterismo, bagno generale, iniezione ipodermica di morfina di 4 centigr, all'interno due grammi di cloralio. La donna narra che i dolori erano cominciati il giorno 11 alle 6 ant., che però il liquido amiotico era colato senza precedenti dolori fino dal giorno 9; le contrazioni seguitarono tutto il giorno indicato, alle ore 1 ant. del giorno 12 arriva il medico che tenta a più riprese di liberarla, continuando i tentativi per un'ora e mezza ma indarno, per cui dopo viene mandata all'Ospizio.

Ore 9 ant, la donna ha riposato alquanto ed è più calma dopo l'amministrazione del cloralio, utero sempre retratto, Temp. 39.5, P. 120. Si procede alla liberazione, adoperando l'uncino di Braun e durante i movimenti che si imprimono allo strumento per rompere la colonna vertebrale si compie l'evoluzione forzata del feto.

Durata dell'atto operativo 10 minuti. Secondamento mediante la spremitura, feto di sesso maschile, peso 3100 grm., lung. 52 (27-25). Tre ore dopo l'atto operativo le condizioni della paziente sono eccellenti ed insistendo essa sul suo immediato trasporto a domicilio, ciò le viene accordato e la si fa trasportare in lettiga.

In questo caso il piano operativo era stato concretato in modo

da procedere alla decollazione, ma non essendo questa riuscita o meglio essendosi compiuto il parto prima che questa fosse compiuta, è precisamente uno dei casi il quale dimostra come qualche volta basti l'aumento della *vis a fronte* applicato su un punto qualunque della colonna vertebrale, per compiere la evoluzione.

Osservazione 3ª — N. 230 - Anno 1878 — Multipara - gravidanza a termine - presentazione di spalla sinistra, dorso anteriore - alcuni tentativi di versione a domicilio - ricovero della donna nell'Ospizio - evoluzione spontanea già nel 3° tempo - complemento con l'uncino acuto - puerperio normale.

Contadina, d'anni 26, robusta, senza precedenti morbosi importanti, se si toglie una gonilite reumatica sinistra sofferta or fanno 4 anni. È accolta la mattina del 30 settembre in travaglio da circa 24 ore, a termine della sua 3ª gravidanza. Ha pelvi lievemente piatta (C. E. 18), parti precedenti a termine naturali, puerperi fisiologici. Essa viene da un paesello nei dintorni di Milano, ed espone come i dolori s'iniziassero la mattina del giorno antecedente aumentando di intensità fino alle 4 pom., come a quest'ora la levatrice rompesse le membrane e vedesse farsi procidente il braccio sinistro, come il medico chiamato facesse alcuni tentativi di versione, riusciti infruttuosi, dopo i quali la faceva tradurre all'Ospizio. Il braccio sinistro è difatti procidente in compagnia del cordone ombellicale non pulsante; il dorso del feto guarda in avanti. Le condizioni generali della donna sono buone, non v'è febbre, un po' d'inquietudine e di depressione morale; nulla di notevole agli organi genitali.

La spalla sinistra è fortemente impegnata e sta per fissarsi sotto la sinfisi pubica. Dal braccio procidente si giudica maturo il bambino, ma non molto voluminoso; l'utero si contrae ritmicamente e con molta energia facendo progredire la parte.

Alle 8 pom. dopo un bagno generale di circa mezz'ora la donna viene liberata completando artificialmente la evoluzione spontanea mediante l'uncino acuto impiantato contro una costa sotto la scapola sinistra: le trazioni sull'uncino sono coadiuvate da armonici traimenti sul braccio procidente.

L'atto operativo durò 5 minuti.

Il feto estratto pesa 2850 gr., è lungo 52 cent. e misura nel diametro biacromiale 134 mill., nello sterno dorsale67 mill.

Il secondamento fu fatto con spremitura seguito da lunga lavatura fenicata in vagina.

I primi 2 giorni di puerperio furono regolari, perciò si acconsente alle insistenti preghiere della donna e del marito a che la puerpera venga tradotta a domicilio, dove ristabilivasi prontamente.

Osservazione 4ª — N. 300 - Anno 1878 — Primipara - pelvi piatta-rachitica - presentazione del piano laterale sinistro D. A. - infruttuosi tentativi di versione a domicilio - evisceraziona con l'uncino acuto - evoluzione artificiale - craniotomia a testa posteriore al tronco mediante l'uncino acuto - madre salva.

Trasportata all'Ospizio il 24 dicembre alle ore 9.15 pom. in travaglio da 30 ore circa. — A domicilio erano stati fatti ripetuti ed infruttuosi tentativi di versione. Lo scheletro presenta note evidenti di rachitismo — (C. E. 18), C. D., presa dopo la liberazione della donna, 87 — utero poco sviluppato moderatamente contratto, doglie lievissime e molto rare, cola un po' di sangue rosso al momento dell'esplorazione — presentazione della Sp. S.tra dorso anteriore — la mano sinistra pende fuori dai genitali, la mano destra in vagina, il cordone procidente e non pulsante, la spalla sinistra è impegnata sotto l'arco pubico, la testa è sul mezzo sopra il pube — stato della donna piuttosto buono, polso 76 — nulla al cuore, catarro bronchiale. Dapprima si fecero vigorose trazioni sulle braccia nella speranza che si avviasse la evoluzione podalica, ma l'utero non vi concorre per nulla con le sue contrazioni — coll'uncino acuto fatto penetrare nel torace si fa l'evisceraziona dei visceri toracici, dopo collo stesso strumento impiantato sulla colonna lombare si estrae il tronco come nella evoluzione — la testa resiste fino alla rottura della colonna cervicale al punto di congiunzione colla dorsale, allora si impianta l'uncino sulla parte ima della nuca e mentre con esso si impedisce alla testa di rimontare, si uncina colle dita la mascella la quale si rompe dopo poche trazioni. Allora — si introduce l'uncino nel cavo cranico al davanti e sopra della rocca petrosa di destra — sotto le trazioni esce notevole copia di cervello e si estrae prontamente la testa: durata totale dell'atto operativo 25 minuti, feto di sesso femminile del peso di grm. 1850 senza cervello, annessi normali del peso di 350 grm.

Puerperio morboso per endometrite, la donna viene dimessa guarita il 26 gennaio 1879 in 33ª giornata di puerperio.

Osservazione 5ª — N. 71 - Anno 1879 — Primipara - pelvi normale - presentazione della spalla sinistra - dorso anteriore - a domicilio tentativi infruttuosi di versione - in Clinica complemento della evoluzione spontanea mediante l'uncino acuto.

Questa storia venne pubblicata dal Prof. Chiara.

Ricoverata nell'Ospizio il 29 marzo alla 1 pom. in travaglio da 36 ore. È una contadina di 22 anni, di scheletro regolare e con pelvi normale. Menstruata a 16 anni, sempre sana, soffrì qualche vomito nell'esordio di questa prima sua gravidanza. — Il travaglio esordiva prematuramente alla fine del 7° mese e senza causa nota il giorno 28 marzo all'1 pom. Alle 4 fu rotto artificialmente il sacco amniotico e riconosciuta dopo la presentazione della spalla sinistra col dorso in avanti — sopraggiunto il medico del luogo, tenta per tre volte la versione interna, e non riuscito l'intento, fa tradurre la donna all'Ospizio.

Al momento dell'ammissione la partoriente è pallida, abbattuta, con fisionomia sofferente, polso piccolo. Temp. 38.5; di quando in quando qualche orripilazione. Al braccio destro segno di un salasso recente, ed all'ipogastrio 4 ferite di mignatte attaccate da poco tempo. — L'utero piccolo, di forma ovale, è retratto fortemente sul suo contenuto. Dall'ostio vaginale, col braccio sinistro procidente e macerato, pende un tratto di cordone che venne lacerato, come lo prova la superficie frastagliata irregolare del suo estremo. La spalla sinistra è fissa all'arco del pube, col dorso quasi direttamente in avanti; si giudica già compiuto il terzo tempo della evoluzione spontanea.

Si mette la donna per 20 minuti in un bagno generale caldo, la si rianima con un po' di vino di Marsala, e posta quindi sul letto del parto la si libera, completando artificialmente la evoluzione spontanea; e ciò si ottiene in meno di 6 minuti, tirando dapprima sul braccio procidente e poi coll'uncino acuto impiantato dietro la scapola sinistra.

Il feto estratto per l'ovoide podalico era in via di macero-putrefazione, lungo 47 cent., pesante 1870 gr. Quasi contemporaneamente al feto veniva la placenta.

Il puerperio fu normale e la donna lasciava la Clinica il 7 aprile, 9 giorni dopo liberata, in ottime condizioni sì locali che generali.

Osservazione 6ª — N. 158 - Anno 1879 — Pluripara - pelvi normale - spalla destra in D. P. - iniziata l'evoluzione spontanea - complemento strumentale di essa mediante l'uncino acuto - puerperio fisiologico.

Donna di abito regolare, Vpara, di robusta costituzione fisica, di professione contadina, d'anni 29. Entra nell'Ospizio in travaglio alle ore 8 ½ p. del 9 luglio. I parti antecedenti erano stati tutti spontanei. L'attuale gravidanza era gemellare; a domicilio si era già sgravata spontaneamente del 1° feto la mattina del giorno 8. Le membrane della seconda borsa si erano rotte la mattina del giorno d'ingresso, la posizione anormale del feto fu sconosciuta — non fu che verso sera che il medico sopra chiamato, riconosciuta l'impossibilità del rivolgimento pel profondo impegno della parte la inviò all'Ospizio. Quivi si rilevò quanto segue: braccio destro, tumido, bluastro, con flittene, fra le coscie della donna, spalla destra tra le grandi labbra, collo allungato e stirato in alto ed a destra, testa al disopra del pube. Ponendo la mano fetale in posizione intermedia tra la pronazione e la supinazione, il pollice è rivolto all'innanzi, la palma alla coscia sinistra della madre. Ritenuta avviata la evoluzione spontanea e compiutone già il 3° tempo, la si completa mediante un uncino acuto che vien piantato in corrispondenza del corpo dello sterno, lasciando la donna nella consueta posizione da parto. Le trazioni sull'uncino furono coadiuvate da trazioni sul braccio procidente. Durata dell'atto operativo 2 minuti.

Feto di sesso femminile - Peso 2585 grm. - Lunghezza 53 (28-25). Bp. 85 - Bmast. 60.

Secondamento mediante la spremitura — Annessi normali — Due placente distinte.

Puerperio afebbrile.

La liberazione della donna colla evoluzione artificiale, come noi l'abbiamo intesa, fu quindi ottenuta 6 volte nel quinquennio, e sempre con esito felice.

Quattro dei fatti esposti, coll'aggiunta di qualche altro osservatosi in un'epoca posteriore, porgevano argomento al Dr. Negri di un lavoro apparso recentemente, di cui qui riporto le conclusioni, che varranno in certo qual modo a completare la trattazione del soggetto:

1° A spalla profondamente impegnata è affatto controindicato il rivolgimento.

2.° La evoluzione spontanea iniziata può essere (constatata la morte del feto) completata artificialmente mediante l'uncino acuto.

3.° L'uncino acuto può impiegarsi indifferentemente tanto nelle posizioni dorso-anteriori che nelle dorso-posteriori.

4.° L'uncino acuto è in tale atto operativo strumento affatto innocente.

5.° Non riuscendo l'uncino acuto si passi ad uno de' tanti processi embriotomici proposti.

IV.

Passiamo ora all'esame dei casi, in cui, piuttosto che mettere in azione uno qualunque dei mezzi atti a favorire ed a praticare l'evoluzione, si preferì girare in altro modo l'ostacolo, si preferì cioè, non stimando opportuno di abbassare l'estremo podalico, di sezionare il collo, in modo da insinuare nella pelvi l'estremo opposto o superiore dell'asta acromion-coccigea.

La decollazione venne praticata 7 volte.

Osservazione 1ª — N. 179 - Anno 1875 — Piano laterale sinistro dorso posteriore - tentativi di versione a domicilio - morte del feto - trombo del gran labbro destro - versione impossibile - decollazione - febbre traumatica - guarigione (1).

La donna di cui tesso la storia è una contadina di 32 anni, robusta e ben conformata. Divenuta pubere a 13 anni, di poi vidde ricomparire il flusso menstruo con tutta regolarità. Passata a marito a 25 anni ebbe poco dopo un aborto di 3 mesi di cui ci fugge la causa; indi portò a termine due o tre gravidanze che si terminarono felicemente per i feti e per la madre. Entrambi i bambini furono allattati dalla madre stessa. Perciò che riguarda l'attuale gravidanza la donna

(1) La presente storia viene riportata integralmente dalla memoria: *Di sei casi di decollazione,* del Dott. Chiarleoni, allora Medico 1° Assistente.

ci narra di aver avuto l'ultimo tributo mensuale, scarso oltre il normale, addì 7 dicembre 1874.

Nel decorso della gestazione la donna fruì di ottima salute.

Al mezzodì del giorno 17 agosto, senza precedenza di dolori perdè grande copia di liquido acquoso. Fatta chiamare la levatrice del paese questa verso la sera dice di aver riscontrato punto o pochi dolori uterini, appena aperto l'orificio dell'utero, al disopra del quale non potè riscontrare presentazione alcuna. Tutta la notte e il giorno successivo la paziente non ebbe dolori e potè attendere alle proprie occupazioni domestiche.

Nella sera però del 18 avendo la levatrice rivisitata la donna potè sentire che l'orificio era molto dilatato e disteso da una grossa borsa delle acque. A mezzanotte questa si rompe e dietro lo sgorgo di molto liquido si fa procidente una mano. Il medico condotto sopracchiamato, quantunque avesse trovato spasmo uterino, pure volle tentare la versione. Ma tutte le sue forze si consumarono nei tentativi di introduzione della mano, cosicchè potè appena afferrare un piede e abbassarlo fino in corrispondenza dell'orificio. A questo punto, essendo falliti i tentativi di porre nell'arto abbassato un laccio, si decise per lo invio della donna alla clinica.

Vi entrava alle ore 5,30 ant. Ora ecco quanto l' esame locale ci diede; condizioni generali discretamente buone, temp. 37,8, polso 110, respiro 26. Addome sviluppato, di forma irregolare, utero retratto spasmodicamente sul feto, nessuna contrazione; depressione profonda lungo la linea mediana, due tumori laterali di cui il sinistro più basso, meno voluminoso, ma più duro e regolare.

Circonferenza del ventre all'altezza del bellico . .	ctm.	93
Altezza dell'utero sul pube	»	28

Soffio uterino a sinistra ed in alto nessun battito fetale. Dai genitali pende la mano e l'avambraccio sinistro di colorito bluastro, scuro, di consistenza alcun poco elastica.

Esplorando si sente in vagina anche la mano destra e braccio corrispondente in una, col cordone non pulsante, al piede destro.

Piano ventrale del feto volto al pube.

Interrogata la levatrice del comune che aveva accompagnata la donna per ciò che spetta al trombo vulvare, ci riferisce che il tumore per tutto il tempo del viaggio (circa 3 ore) non mostrò punto di crescere.

Autorizzato lo scrivente da quest' ultimo fatto, prima ancora di fare avvisato il professore, fa mettere la donna in un bagno tiepido che si prolunga per un'ora e prescrive una pozione di cloralio (grm. 4) l'una cosa e l' altra nello scopo di portare un po' di calma nel generale e di rilasciamento nell'utero.

Ma sulle 7 ½ ant., quando tolta la donna dal bagno, la si rimise a letto, trovarono il trombo cresciuto considerevolmente.

Le misure di esso, che tosto vennero prese, davano ctm. 16 nel senso verticale, 8 nel senso dello spessore e 6 nel senso della larghezza. Non oltrepassava punto l'ostio vaginale. Fatto allora avvisare il Professore Chiara, questi accorse tosto e si accinse alla liberazione.

Volendo tentare in prima lo abbassamento del piede che si raggiungeva e ciò per evitare gl' inconvenienti che derivar potevano dalla introduzione della mano nel cavo uterino o dal maneggio di uno strumento embriotomico, il Professore fece mettere sul fianco sinistro la donna sperando che coll'utero cadessero alcun poco in alto sulla fossa iliaca la parte presentata e gli arti procidenti. Questo artificio non raggiunse lo scopo, perciò che la retrazione tuttora esistente dell'utero neutralizzava gli effetti della posizione sul fianco; di qui la impossibilità di abbassare anche per poco il piede destro.

Fattosi necessario di ricorrere ad un altro espediente, il Professore volle tentare di raggiungere il fondo dell'utero e là rintracciarvi l'altro piede. Anche a ciò l'utero non volle prestarsi, e fu così giocoforza ricorrere alla embriotomia la mercè del decollatore di Braun. Vi volle molta prudenza, molto tatto e delicatezza nel portare lo strumento in sito; ma una volta riuscito, con poche energiche trazioni il collo fu completamente troncato e una modica trazione sul braccio procidente valse ad estrarre il tronco. Il capo non oppose ostacolo alla sua uscita che si ottenne mediante l'uncino acuto impiantato sulla fontanella parieto-temporale sinistra.

Il feto estratto, femmina, era a termine ma di uno sviluppo alquanto deficiente, pesava grm. 2650. Liberata alle 9 ant., alle 10 la donna venne trasportata nella infermeria, dove superata una leggiera febbre di sette giorni, poteva far ritorno al suo paese il 30 agosto, ottimamente rimessa.

Il trombo, come si pratica nella Scuola, venne inciso al secondo giorno, e svuotato per quanto fu possibile del sangue entro contenutovi (i grumi raccolti pesavano 70 grm.), indi si riempì giornalmente di filacciche imbevute in una soluzione di acido salicilico. In 7ª giornata il cavo del trombo era di già completamente rivestito di rigogliose granulazioni.

Osservazione 2ª — N. 243 - Anno 1875 — Piano laterale destro D. A. - rottura spontanea e completa dell'utero a destra lateralmente - feto morto - spalla impegnata - decollazione - guarigione (1).

Il 28 ottobre, in sulle 7 pom., entrava nell'Ospizio, in condizioni generali gravissime, una donna in travaglio di parto da circa 35 ore. È una contadina di 30 anni, profondamente denutrita per insufficienza di nutrimento, è ben conformata. Pluripara, conta 9 altre gestazioni tutte portate a termine. Il primo e secondo parto furono normali presentandosi il vertice, i cinque susseguenti pure spontanei presentandosi l'ovoide podalico. I feti vennero vivi. L'8º ed il 9° pare sieno stati anormali per presentazione di spalla. Feti morti.

Dell'attuale gravidanza racconta: avere avuta l'ultima menstruazione il 18 gennaio e avere i tre primi mesi sofferti vomito, gastralgia e ostinata inappetenza.

Presa dai dolori di parto verso le 8 ant. del 27 ottobre, questi, deboli per tutto il giorno, si fecero più forti la mattina del 28, e in sul meriggio, a dilatazione che vogliamo supporre completa, colarono le acque in abbondanza. Dopo una sosta di due ore ha principio il travaglio espulsivo. Il medico del paese, chiamato presso la donna, non appena ebbe conosciuta la presentazione di spalla, astenendosi da qualunque manovra, dispone per l'invio della paziente alla clinica, ove, come più sopra è detto, entra verso le 7 pom.

Proveniente da Quintosole, fu trasportata mediante un rozzo carro di campagna.

Condizioni generali. — Polso alla radiale impercettibile, faccia ipocratica, estremità fredde, terrore del proprio stato.

Condizioni locali. — Addome voluminoso, di forma irregolarissima. Colla palpazione ci facciamo sicuri che la irregolarità dell'addome è dovuta al globo uterino deformato per modo che la metà sinistra presenta per ogni dove uniformità di consistenza (esagerata in basso per la presenza della testa), la metà destra invece è irregolare nella forma e nella consistenza, sì che mentre occupa intieramente la fossa iliaca

---

(1) Questa osservazione viene riportata integralmente dalla memoria dei sei casi di decollazione del Dott. Chiarleoni allora Medico 1º Assistente.

come se in questo punto il feto fosse unicamente ricoperto dalle pareti addominali, in alto è molto palese la consistenza del tessuto uterino.

Questi due tumori dati dall' utero lasciano fra di loro un profondo solco, il quale partendo dall'alto al di dietro della inserzione tubale di destra si spinge molto in basso. Il tumore di destra è per di più squisitamente doloroso alla più leggera pressione. Non segno di contrazioni uterine e di battito fetale.

Procidenza del braccio destro ecchimosato e freddo tutto al di fuori della vulva.

Esplorando si riscontra il canal vaginale sano, di calore normale, occupato nella sua porzione superiore dalla spalla destra volta in avanti. Non è possibile raggiungere punto alcuno dell'orificio uterino, mentre a sinistra anteriormente si perviene con facilità a sentire il collo del feto piegato in una alla testa fortemente sul piano laterale sinistro del feto. Cola durante la esplorazione un liquame sanguinolento di cattivo augurio.

Le condizioni suesposte controindicano in modo *assoluto* la versione, ci decidiamo per la decollazione da ottenersi la mercè del decollatore di Braun, modificazione Lazzati. Non prima però di avere tentato di ristorare alcun poco (abbenchè senza utile di sorta) le stremate forze, con vino Marsala, brodo caldo, laudano e fregagioni sulle estremità con pannilini caldi.

Colla minaccia di vederci morire la donna prima di averla liberata, lo scrivente affretta il compimento della operazione; al quale scopo portato l'uncino decollatore fra la interna superficie del pube ed il dosso del bambino riesce con discreta facilità ad uncinare il collo. Sotto movimento di trazioni rotatorie, di forza crescente, il collo si abbassa di tanto da farsi visibile all'ostio vaginale, per cui si trova opportuno facilitare la decollazione dividendo i tessuti molli con una robusta forbice cubitata fin quasi a ridosso della colonna cervicale. E per tal modo con poche altre trazioni fu possibile compiere l' operazione. Allo scopo di preservare del nostro meglio i tessuti materni, lo scrivente, nel mentre colla mano destra abbraccia l' uncino tenendo a cavaliere dell'asta verticale di esso il pollice e coll'indice e medio coprendo il bottone terminale del medesimo, affida al collega Dott. Monzini le trazioni. Tronco e capo furono estratti con somma facilità, il primo tirando sul braccio, il secondo sulla mandibola inferiore, uncinata con due dita. È da avvertirsi che una lacinia di pelle del collo rimasta intatta, nel mentre non impedì l'estrazione del tronco servì ottima-

mente a fissare la testa colla base in basso sul distretto superiore. La lacinia di cui è parola non aveva uno spessore superiore ad un nastrino comune.

La placenta tenne immediatamente dietro al feto, il quale era a termine, maschio, del peso di grm. 3500 e con biparietale di 106 mm. Poco più di mezz'ora dopo il suo ingresso la donna era liberata.

Allora riesaminando l'utero attraverso le scarse pareti addominali, lo troviamo come diviso in due porzioni per la esistenza di un profondo solco che cominciando dal fondo lateralmente e a destra scende al di dietro della inserzione tubale fino in basso. Delle due metà dell'utero fatte palesi da questa discontinuità appariscentissima, la destra è più piccola e situata posteriormente e superiormente, la sinistra per converso è più voluminosa, e occupa gran parte della parete mediana addominale nonchè tutto il lato sinistro.

Intanto la donna dice di sentirsi morire, ha frequenti lipotimie e arsura considerevolissima, le estremità sempre fredde, il polso non numerabile nemmanco ai precordi.

Si continua nei cordiali a larga dose, si avviluppa completamente la povera disgraziata in pannilani riscaldati. Le diligenti cure apprestate dalle levatrici della clinica alla donna con una solerzia degna del più sincero encomio valgono a richiamare verso mezzanotte un po' di calore e di vita in quelle gelide membra, e il polso per la prima volta presenta tanta energia da essere enumerato. Esso batte 160 volte al minuto.

Puerperio. — 1º Giorno; Temp. 38. Polso 128. Respiro 32.

Arsura alle fauci, vomiti dietro la ingestione di qualsiasi bevanda, ventre meteoritico poco dolente, locchiazione discreta, è sempre palese la discontinuità dell'utero, che è abbastanza consistente. Cura: vino Marsala con 80 gocce di laudano, acqua seltz.

Sera: Temp. 38,5. Polso 100. Respiro 32.

2º Giorno: Punto sonno nella notte, vomito continuo di materie acquose, dolori alla zona sottombellicale, meteorismo accresciuto, tormini intestinali, scolo siero sanguinolento fluido dai genitali, di odore caratteristico.

Temp. 38,5. Polso 124. Respiro 28.

Cura: la stessa più un largo vescicante alla fossa illiaca destra.

Sera: Temp. 38,5. Polso 148. Respiro 32.

3º Giorno: Come il dì precedente, solo al vomito si è sostituito un insistente singulto e l'epigastrio si è fatto dolente,

Temp. 38. Polso 116. Respiro 24.

Cura la stessa.

Sera: Temp. 38. Polso 120. Respiro 32.

4º Giorno: Dolore all'epigastrio accresciuto, meteorismo enorme. Cura: vescicante allo scrobicolo, e la detta, più pillole d'oppio per vincere il singulto sempre insistente.

Temp. 38. Polso 108. Respiro 32.
Sera: Temp. 38,5. Polso 124. Respiro 36.

un terzo vescicante a destra in corrispondenza della cresta iliaca.

5º Giorno: Nella notte ripetuti conati di vomito, punto diminuito il meteorismo, e la sensibilità addominale è squisita per ovunque.

Temp. 38,4. Polso 120. Respiro 32.

Cura: la detta più olio essenziale di terebentina su tutto l'ambito addominale. Nella giornata cessazione del vomito e diminuzione del meteorismo.

Temp. 39,2. Polso 124. Respiro 36.

6º Giorno: Notte tranquilla, dolori addominali quasi scomparsi meno alla fossa iliaca destra e ipocondrio corrispondente. Dolore ischialgico destro. Utero voluminoso quanto il 1º giorno, quasi indolente.

Temp. 39. Polso 120. Respiro 32.

Cura: nuova applicazione di terebentina, vino, oppio, brodi, rossi d'uova sbattuti con acqua zuccherata.

Sera: Temp. 39. Polso 112. Respiro 32.

Cura: digitale 80 ctg. e solfato di chinino un gramma, più 6 goccie di acido fosforico.

7º Giorno: Meteorismo scomparso totalmente, ventre trattabilissimo, meno nel quadr. inferiore destro, ove una enorme intumescenza s'avanza fin oltre i confini del margine esterno del bacino.

Temp. 38,8. Polso 112. Respiro 32.

Cura: un vescicante di 18 ctm. di lunghezza su otto di altezza sul lato destro esterno dell'addome. Internamente sempre la detta.

Notisi che a dar tono all'utero, come feci dal giorno precedente, si continua nell'amministrazione giornaliera di 5 goccie di acido fosforico medicinale.

Per quanto sia convinto che la dettagliata narrazione di quello che giornalmente siamo venuti osservando nella nostra paziente sarebbe instruttiva, pure non posso non temere di stancare il lettore.

Gli è perciò che abbreviando dirò: che nessuno pericoloso sintomo venne ad attraversare il lento procedere verso la guarigione; che l'utero sotto l'uso dell'acido fosforico, in poco men di due settimane si ridusse ad un volume non maggiore di una piccola melarancia; che il tumore iliaco destro volse rapido all'assorbimento dietro pennellature di tintura iodica; che finalmente dalla vagina e in un con vero pus a più riprese uscirono estesi lembi cellulari mortificati.

Così, contro ogni aspettativa, noi vedemmo questa donna ritornata alla vita, e già in 15ª giornata era completamente apiretica; apiressia che senza più smentirsi ci permise di alimentare del nostro meglio la donna, e così riparare quelle forze che erano ridotte al più spiccato estremo.

Pur tuttavia furono necessarii ancora altri 14 giorni prima che la donna potesse abbandonare il letto anche per pochi momenti. Indi a poco a poco potè reggersi abbastanza bene in piedi, solo provando una maggiore difficoltà a muovere l'arto addominale destro. La esplorazione digitale, dove in principio trovava a destra e posteriormente una larga breccia di comunicazione col cavo addominale, ora non riscontra che una specie di infundibolo che non pare però del tutto ancora chiuso.

La donna faceva ritorno al suo paese il 15 dicembre.

Osservazione 3ª — N. 3 - Anno 1876 — Piano laterale sinistro - dorso anteriore - tentativi di versione a domicilio - invio alla Clinica - procidenza di ambo le braccia - impegno della spalla sinistra - feto morto - decollazione coll'uncino Braun - pleurite doppia a frigore - versamento - morte (1).

La sera del giorno due gennaio viene accompagnata su di un carro-ambulanza la contadina di cui qui si tesse la storia. Donna di 36 anni, di

(1) Questa storia venne pubblicata dal Dott. Chiarleoni, allora Medico 1° Assistente, nella sua Memoria: *Sei casi di decollazione, etc.*

temperamento sauguigno, robusta, di statura superiore alla normale e ben conformata, non ebbe in tutto il tempo di sua vita a soffrire malattie di sorta. Menstruata regolarmente dal 16° anno in poi, passò a marito nel 1873, e subito dopo fatta incinta, partoriva per la prima volta il 18 agosto 1874; il feto venne alla luce morto ed il puerperio fu normale. Rimasta una seconda volta incinta in sullo scorcio dell' aprile 1875, non sa ricordare l' epoca della comparsa dei primi moti attivi fetali; la gravidanza decorse normale sino a termine. Il 1° gennaio 1876, alle 10 antimeridiane, perde le acque senza precedenza e concomitanza di dolorose contrazioni uterine; tutto il giorno e la notte trascorrono senza dolori e la dilatazione della bocca uterina si completa sotto contrazioni affatto indolore. Chiamato dalla levatrice che l'assisteva, il medico del Comune, questi alle 8 ant. del 2, tenta ripetutamente ma senza risultato la versione interna. Disperando di potere venire a capo, consiglia il ricovero nell' Istituto. Un' ora circa dopo i maneggi operativi, cioè verso le 10 ant., la donna comincia a provare dolori espulsivi molto energici: in sul mezzodì parte dal paese, accompagnata dalla levatrice, ed arriva all' Ospizio alle ore 5 pom., durante tutto il viaggio i dolori sono continui e molto sentiti dalla povera paziente; all'atto dell' ingresso la donna è abbattuta, con senso di perfrigazione generale, ha contrazioni avvicinate e gagliarde.

L'utero, di forma globosa, fra una contrazione e l'altra si mantiene con un così alto grado di tonicità da non permettere una palpazione utile; è posto sulla linea mediana, alto 35 ctm. e largo 30: pende dai genitali la mano e parte dell'avambraccio sinistro, freddo, di colorito bluastro, turgido, con numerose flittene. La vulva è tumida, edematosa in lieve grado, contusa e dolente al tatto; la vagina pur essa presenta caratteri analoghi, è occupata in alto dal braccio destro che discende dalla parte posteriore della pelvi, nonchè dalla spalla sinistra e lato omonimo del torace, di cui si possono numerare gli archi costali sino alla base. La testa del feto, che riposa sulla fossa iliaca destra non può essere raggiunta che a stento introducendo tutta la mano in vagina, e con quella si riconosce integro l' orificio uterino che è già risalito sulla parte presentata. La condotta operatoria era in cotesto caso tracciata inesorabilmente dalle condizioni locali suesposte; aprire colle forbici dello Smellie il torace, svuotarlo ed indi trarre sul braccio sinistro in basso tanto da rendere accessibile il collo del feto e sezionarlo. È quanto decidemmo di fare non prima però di aver fatto prendere alla donna un bagno caldo di mezz' ora ed una mistura eccitante. Le condizioni locali, quando verso le 6.30 ci ac-

cingemmo alla liberazione, avevano cambiato in modo apprezzabilissimo; sotto l'azione di contrazioni veramente potenti, le braccia erano discese maggiormente, e con essa la porzione superiore del torace. Non si era però fatto per anco accessibile il collo del feto.

Per quanto lo svisceramento toracico ci apparisse a questo punto tutt'altro che facile per il nessun spazio libero concesso alla mano operante, pure lo tentammo.

Portata la forbice dello Smellie fra il secondo e terzo spazio intercostale sinistro, si penetrò in cavità, e divaricando le branche si aperse una larga breccia sufficiente per dar passaggio all' indice e al medio. Ma le contrazioni uterine che si esageravano sotto la introduzione della mano in vagina, spingendo in basso tutto il torace, venivano per modo a neutralizzare l'azione delle dita introdotte nel cavo toracico, che non fu possibile snucleare i polmoni ed il cuore. Allora contando e sulle contrazioni uterine e su quel po' di diminuzione di capacità della cassa toracica prodotta dalla sua discontinuità, esercitammo trazioni sul braccio sinistro in basso ed a sinistra della donna allo scopo di abbassar il collo fetale. La manovra riuscì a meraviglia e potemmo portare sul collo (dopo di averlo circuito dalla mano) l'uncino decollatore Braun, il quale una prima volta per essersi impigliato in una piega cutanea dovette venire estratto e riapplicato.

Riuscita a dovere l' applicazione si fanno trazioni rotatorie a tutto potere tanto da stancarsi in due, prima di poter spiccare dal busto il capo. Ciò fatto, il tronco è facilmente trascinato al di fuori. Venendo la volta dell' estrazione del capo, si porta due dita in bocca e si uncina la mandibola. Lievi trazioni promuovendone la frattura, è fatto necessario l'uncino acuto con il quale si riesce non senza qualche difficoltà a compiere il parto. Il feto maschio aveva un peso considerevolissimo (3540 grm.) senza la massima parte della massa cerebrale. Il secondamento segue immediatamente e spontaneo. Nessuna perdita.

Puerperio. — La mercè di una pozione calmante (4 grammi di idrato di cloralio in 60 grm. di acqua distillata di camomilla e 40 grammi di sciroppo di tutto cedro), la donna passò discretamente tutta la notte. Mattina: senso di troncatura generale, morsi uterini, ventre tumido, utero voluminosissimo appena dolente, lochi sanguigni abbondanti, leggiero edema alle ninfe, la contusione dell' ostio vaginale considerevolissima, urinazione spontanea. Temp. 38,2. Polso 100. Respiro 28. Cura: medicazione terebintinata al ventre, internamente vino con tintura di china (4 grm.), irrigazioni prolungate ogni 4 ore con acqua di malva, spolveratura di canfora ai genitali. Sera: Temp. 38,9. Polso 96. Respiro 24.

2º Giorno: Notte buona, qualche colpo di tosse, morsi uterini: Mattina: Temp. 38,4. Polso 96. Respiro 28. Stato generale eccellente, poca sensibilità a sinistra del ventre, in corrispondenza dell' inguine, sotto i colpi di tosse, ventre piatto, utero voluminoso, ben contratto, lochi abbondanti e fetidi, diminuzione dell'edema dei genitali, piaga contusa biancastra, superficiale: Cura: terebintina localmente, chinino, vino. Acido fosforico (10 goccie). Poco dopo la visita, ore 9 $^3/_4$ ant., brivido intenso. Temp. 40. Sera: Temp. 41. Polso 116. Respiro 40.

3º Giorno: Notte buona. Mattino: stato generale buono, poca tosse senza escreato, dolori all'utero e annessi scomparsi, ventre sempre piatto, lochi purulenti sempre fetidi, abbondanti. Temp. 39,5. Polso 112. Respiro 28. Cura la detta, meno la terebintina. Sera: Temp. 40,7. Polso 108. Respiro 28, benessere generale lodevolissimo.

4º Giorno: Dorme fino alle ore 2 $^1/_2$ del mattino. Svegliata appena, accusa un malessere indefinito che si è aggravato rapidissimamente al mattino. Temp. 39,5. Polso 136. Respiro 32 profondo e grave, rari colpi di tosse, lochi in discreta copia, piaga sporca ma superficialissima.

Alle 9 $^1/_2$ ant. stato disperato, ambascia di respiro (36), perfrigerazione di tutto il corpo, fisionomia scomposta. Cura: vino Marsala con cognac, etere solforico grm. 2 in una mistura eccitante.

Rapidissimamente precipita e muore alle 11 $^1/_2$ ant.

Questo rapido quanto impreveduto e imprevedibile fine ci lascia oltre ogni dire perplessi sulle cause che lo promossero. All' autopsia spettava il responso, e questo pur troppo non mancava.

Eccolo in breve.

Autopsia 29 ore dopo la morte. — Cranio: congestione venosa delle meningi, sostanza cerebrale poco punteggiata, poco siero nei ventricoli laterali, seni della base ripieni di sangue fluido. Torace: circa tre litri e forse più di siero citrino limpido stanno raccolti nei due cavi pleurici. A sinistra si hanno posteriormente alcune aderenze gelatinose di recentissima data. Polmoni anemici, spinti in avanti e in alto.

Cuore: legger grado d'ipertrofia del ventricolo sinistro.

Addome: sani tutti gli organi entro contenutivi. Utero voluminoso quanto la testa di un feto, a superficie esterna tempestata di piccoli fibromi varii in grossezza, da una capocchia di spillo a quella di un grosso cece. Sono tutti sottoperitoneali.

Annessi e tessuto uterino perfettamente sani. Collo dell'utero integro; mucosa infiammata e ricoperta da uno strato difteroideo. Cellulare pelvico per ovunque sano. Vagina sana, ostio vaginale ricoperto della piaga riscontrata in vita. Vescica e retto sani.

Osservazione 4ª — N. 5 - Anno 1876 — Spalla sinistra - dorso posteriore - feto morto - decollazione mediante uno sverzino adattato all'uncino di Chiarleoni.

Alla mattina del 9 di gennaio veniva trasportata da Desio una contadina di 32 anni, robusta e ben conformata, essendo in soprapparto da 18 ore. Quasi assiderata dal freddo, allo intento di riscaldarla di tanto che ci potesse permettere più tardi un esame attento delle condizioni locali, visto appena che si trattava di una presentazione di spalla, si fa entrare in un bagno caldo, donde tolta mezz'ora dopo si avvolge completamente in pannilani caldi.

In questo mentre la donna ci narra aver portato a termine altre cinque gravidanze, i di cui parti furono sempre spontanei ed i puerperi regolari. Meno il suo primo nato, che moriva alcuni giorni dopo, tutti gli altri furono allattati da essa medesima.

In sui primi di maggio vidde l'ultimo flusso menstruale più scarso dell'abituale. Da quell'epoca in poi stette sempre bene, finchè alle 7 antimer. dell' 8 gennaio 1876 ebbe principio il travaglio di parto colla rottura della borsa amniotica, alle 11 ant. il medico del paese tenta la versione, che non può compiere, perciò che lo spasmo dell' orifizio interno impedisce l'ingresso della mano nel cavo uterino. Allora, dato il consiglio di trasportarla all'Ospizio, si ritira.

Abbiamo già detto che vi entrava alla 1 ant., dopo 4 ore e ½ di viaggio su di una carozza. In sulle 3 ant., quando la donna accusa un po' di benessere generale e di calore, passiamo all'esame di essa, e da questo rileviamo: la spalla presentata essere la sinistra col dorso volto posteriormente. Essa prospetta in pieno il centro dell' escavazione occupandone la porzione più alta. Il braccio procidente livido è turgido e decutilato verso la radice e cosparso di larghe flittene.

Introducendo quattro dita in vagina non è possibile raggiungere la radice del collo o spazii intercostali, perciò che l'orificio risalito sulla spalla è permanentemente retratto, e forma un cercine resistentissimo attraverso il quale è oltremodo malagevole e faticoso l'introdurre l'apice delle dita.

Dai genitali, durante l'esplorazione, cola un liquido sanguinolento e putrido, lo stato del feto e le molte ore di travaglio volevano che si intervenisse, ma la tetania del collo a cui dobbiamo aggiungere un' identico stato di tutto l' utero traversavano validamente il nostro disegno.

Si fu appunto in vista di quest' ultime circostanze che credemmo più utile l'attendere rimandando la liberazione alle 8 del mattino; e limitandomi intanto a prescrivere una pozione 6 grammi di idrato di cloralio ed un bagno caldo generale di due ore, dalle 5 alle 7 ant., allo intento di modificare, se possibile, in bene le condizioni locali.

Alle ore 8 ½ ant. lo stato locale era perfettamente identico se non peggiorato di quello di cui più sopra è tenuto parola, pure ci decidiamo per la liberazione e questa da ottenersi, troppo azzardosa e pericolosa essendo la versione, e impraticabile lo svisceramento a meno di seguire il metodo di Lee, del quale per vero dire non siamo punto partigiani, mediante la sezione del collo. E siccome aveva sottomano un modello dell' apparecchio da me proposto quantunqne un po' infelice, mi accingo essendo presenti i signori Dottori praticanti Levi, Bandi, Duca, Buzzi, Campiglio e Paravicini, a servirmene. Montato lo strumento con tutta facilità, potei portarlo a ridosso del collo del feto facendolo passare dallo indietro all'avanti, ma le mie dita riscontrando difficoltà somma ad afferrare il bottone terminale della canula che volgeva dietro l'arco pubico, dovetti ritirare lo strumento e riapplicarlo dall'avanti all'indietro. Anche in cotesto modo la retrazione in vero enorme dell' orificio uterino, togliendo la libertà di moto al mio indice e medio che dovevano trascinare in basso il bottone terminale mi fa giocare di pazienza e destrezza da 4 a 5 minuti.

Finalmente riesco nello intento.

Allora abbassata la canula ed estratta, dopo avere introdotto i due capi dello sverzino in uno speculum pieno di Récamier, e questo introdotto in vagina fino a ridosso del collo, munisco di manico i capi del medesimo sverzino, annodandoli a due piccoli cilindretti di legno. Ciò fatto, con rapidi moti di va e vieni seziono il collo nello spazio di 30 secondi.

L'estrazione del tronco fu rapida e facilissima. Il capo invece resiste alle mie trazioni portate sulla mandibola, che uncino con due dita della mano sinistra e ad una energica pressione esercitata sul globo uterino. La mandibola si frattura tosto, e mi obbliga a trovare un altro punto d'appoggio e questo lo trovo colla manovra seguente: fatto tener fisso sul distretto superiore il capo fetale, porto l'indice della mano destra fra i corpi delle vertebre cervicali in addietro e le parti molli in avanti, per dove mi riesce di farlo penetrare nella retrobocca. Allora siccome le trazioni fatte dall'indice foggiato ad uncino, avevano per risultato di trascinare in basso il collo e di presentare a perpendicolo la base del cranio al distretto addominale, ne venne che potei facilissimamente trarne fuori tutta la testa.

Non sarà ozioso il ricordare, come durante le manovre per l'estrazione della testa, si sprigionasse con rumore dall' utero copia di gaz fetidissimi. Secondamento normale, punto emorragia, lieve grado di edema al gran labbro sinistro.

Trasportata nel letto del puerperio, si mise una vescica di ghiaccio al pudendo, si fecero prendere internamente 12 goccie di acido fosforico ed una mistura eccitante.

In tutto l'operazione aveva durato 10 minuti.

Puerperio. — Mezz' ora dopo il parto, brivido intenso che dura mezz' ora. Temp. 40,5. Polso 120. Cloralio internamente. Lungo la giornata più ore di sonno, sudore profuso, addolentatura uterina. Sera: temp. 37,2. Polso 92. Respiro 28. Cataplasma laudanato al ventre.

2º giorno. — Notte buona. Mattina: qualche dolore all'utero e annessi, ventre meteoritico senza tensione, lochi abbondanti e nerastri. Temp. 40,5. Polso 104. Respiro 28. Cura: terebentina all'addome, tintura tebaica (80 goccie) internamente. Sera: Temp. 40,5. Polso 108. Respiro 28.

3º giorno. — Nella notte riposò discretamente. Mattina: stato generale buono, sensibilità addominale e morsi uterini diminuiti, meteorismo in diminuzione, lochi sempre abbondanti, nerastri e fetidi, punto defecazioni, edema ai genitali scomparso. Temp. 40,5. Polso 116. Respiro 32. Cura: terebentina e 130 goccie di tintura tebaica.

Ore 3.30 pom.: Secondo brivido della durata di 20 minuti. Temperatura 40. Polso 132. Respiro 24.

4º giorno. — Dormì e sudò nella notte. Mattina, ore 6 ant.: terzo brivido. Temp. 40,5. Ore 8 ant. Temp. 40. Polso 104 Respiro 24, fisonomia composta, lingua umida, poco meteorismo, un po' di tensione a destra dell'utero, lochi abbondanti, meno neri e sempre fetenti. Sera: Temp. 37. Polso 80. Respiro 20. Sonnolenza in tutta la giornata durante la quale prende 190 goccie di tintura tebaica.

5º giorno. — Notte quieta ma senza sonno, traspirazione abbondante. Mattina: i sintomi del giorno antecedente meno i lochi i quali si sono fatti purulenti e meno fetidi. Temp. 38,5. Polso 100. Resp. 32. Cura: tintura tebaica goccie 120, e vino marsala grm. 200. — Sera: Temp. 40,6. Polso 116. Respiro 44, una defecazione.

6º giorno. — Notte quieta. Mattina: Temp. 40,5, presa da un quarto brivido presentatosi alle 6 ½ ant. e durato un' ora; polso 124, respiro 40, rutti frequenti ed acidità del ventricolo, più i sintomi sopra accennati. Cura: tintura tebaica 40 goccie, indi ipodermicamente si fanno cinque iniezioni di un centigramma ognuna di morfina. Vino

Marsala e cognac, 1 grm. $^1/_2$ di solfato di chinina per clistere. Sera: Temp. 38. Polso 100. Respiro 32.

7º giorno. — Alle 2 ant.; quinto brivido. Mattina: Temp. 38. Polso 100. Respiro 36, nulla di nuovo. Sera: Temp. 39,5. Polso 104. Respiro 40. Un grm. di chinino per via ipodermica in quattro volte, vino 400 grm. con 80 grm. di cognac.

8º giorno. — Mattina: Temp. 40. Polso 104. Respiro 48. — Alle 6 $^1/_4$ ant. sesto brivido. Temp. 39,4. — Alla $^1/_2$ pom. settimo brivido. Temp. 41. Sera: Temp. 40,7. Polso 100. Respiro 72. Nessun segno apprezzabile ai polmoni. Cura la detta. Chinino ipodermicamente e vino con cognac.

9º giorno. — Mattina: Temp. 40. Polso 100. Resp. 64. — Sera: Temp. 38. Polso 100. Respiro 56. Dolore acuto e puntòrio lateralmente alla base del costato sinistro (regione splenica). Alle ore 6 ant. ottavo brivido. Temp. 41. Alle ore 3 pom. nono brivido. Temp. 40.

10º giorno. — Mattina: Temp. 40. Polso 112. Respiro 56, fisonomia come sempre compostissima. Sera: Temp. 38,5. Polso 148. Respiro 80, perfrigerazione generale, vaniloquio tranquillo, sbadigli frequenti, agitazione e morte alle ore 8 pom.

Autopsia 36 *ore dopo la morte.* — Erano presenti il Dott. Monzini, 2º assistente, i Dottori Benazzi e Bandi.

Colorazione bluastra delle pareti addominali enormemente distese.

Cranio. — Negli organi contenuti nella teca cranica nulla di rimarchevole.

Torace. — Cuore sano, pallido, contenente pochi coaguli cruorosi. Pleure sane. Polmoni, il destro congesto fortemente alla base ove si riscontra un grosso focolajo apopletico tendente al gangrenoso. — Polmone sinistro sano.

Addome. — Peritoneo parietale sano. Anse intestinali di colorito rosso scuro distese da enorme quantità di gaz. Tutt'all'intorno degli intestini, del fegato, in alto e in basso dell'utero rientrato in totalità nello scavo si osserva una quantità enorme di sangue disciolto, di colorito piceo e fetidissimo, nel quale stanno sospesi dei piccoli granelli residui di coaguli di sangue. Stirata da sinistra a destra tutta la massa intestinale, la milza, che a sua volta viene in parte smossa, ci si appalesa molto voluminosa e profondamente lacerata sia sulla pagina esterna che interna.

Tutto il parenchima è disorganizzato in così alto grado da rendere difficilissimo lo snucleamento totale della milza. Riesce del pari impossibile accertarsi se esistono nella sua trama focolai embolici e a quale

stadio di degenerazione. Il fegato infiltrato di aria mostra di già un avanzato grado di putrefazione, non si scorgono però nella sua trama focolai metastatici. Reni anemici, grossi.

Organi genitali. — Sane completissimamente e le pieghe del Douglas e il cul di sacco anteriore. Superficie esterna dell'utero di colorito normale, ovaja di destra avente un volume triplo della corrispondente di sinistra. Disseccati diligentemente tutti gli organi genitali ci si appalesa primieramente sano per ovunque il cellulare pelvico. Vescica normale. Vagina pur essa sana in tutta la sua lunghezza. Collo dell'utero normale e senza traccia di lacerazione. Mucosa del collo e del corpo dell'utero sana. Piaga placentare che si trova in parte al fondo dell'utero e più sulla parete posteriore è ricoperta da una sostanza icorosa e fetida. Tagliato a tutta sostanza l'utero in corrispondenza della piaga placentale lascia scorgere vasi venosi rigurgitanti di pus icoroso (di colorito rosso scuro, fluidissimo, colle pareti dei vasi rosso-brune e villose), e vasi linfatici in minor copia gementi pus cremoso giallastro a parete interna levigata e bianca. Una serie di tagli laterali fanno vedere come i vasi venosi e linfatici che portansi al corno destro e all'ovaja di questo lato (prevalentemente i primi), sono distesi da enorme quantità di pus nel quale si accentuano di preferenza i caratteri più sopra esposti. La tuba e l'ovaja di destra sono ridotti a serbatoi di pus aventi un colorito *giallo-rossigno-sporco.*

I vasi venosi e linfatici che si portano al corno sinistro, sono perfettamente integri, come lo sono del pari la tromba e la ovaja. In prossimità del collo dell'utero lateralmente tanto a destra che a sinistra, si trova con una serie di accurati tagli trasversali proprio a ridosso della trama uterina, al disotto della faccia peritoneale, un vaso linfatico, unico, gemente pus giallo cremoso senza tracce di edema del cellulare pericervicale.

Diagnosi. — Flebite e linfangite utero-ovarica destra, focolai embolici al polmone e alla milza (?) con rotture multiple della capsula di quest'ultima e conseguente versamento di sangue nel cavo peritoneale, causa immediata della morte della inferma.

Osservazione 5ª — N. 180 - Anno 1876 — Pluripara - spalla sinistra - dorso posteriore - inserzione marg. della placenta: a domicilio tentativi infruttuosi di versione - decollazione - puerperio regolare.

Donna scrofolosa, di costituzione gracile, Vpara, d'anni 34, di pro-

fessione contadina, entra nell' Ospizio in travaglio alle ore 8 ant. del giorno 2 luglio.

Le altre quattro gravidanze decorsero regolarmente a termine, con parti spontanei seguiti da puerperi fisiologici. La levatrice che accompagna la donna, riferisce: come le prime doglie siano incominciate alla mattina del giorno antecedente, e con esse una perdita sanguigna in poca quantità sulle prime e che si sospese fino alla una pom.; da quest'ora le doglie si fecero un po' più frequenti ed energiche, e con esse si aumentò la perdita, che, come asserisce la levatrice, fu molto abbondante nella notte (2 litri). Si domandò allora del medico che arrivò al letto della partoriente alle 3 ant. del giorno 2, e disse di aver trovato la placenta inserita marginalmente ed una dilatazione sufficiente da permettere l'introduzione della mano, che ripetè per tre volte senza mai poter afferrare i piedi, quindi ripetute trazioni sul braccio, senza alcun vantaggio, ed allora si decise ad inviare la donna all'Ospizio.

Entra in condizioni assai tristi, la sua costituzione generale già debole per natura ha riportato una gran scossa per l'abbondante perdita patita, e per le sofferenze provate. Ha perfrigerate la faccia e le estremità, e presenta la fisionomia sconvolta dal terrore, si lamenta quasi di continuo per dolori uterini, l'utero è retratto e dai genitali continua lo scolo sanguigno.

È prolabente la mano sinistra fuori della vulva, e nella vagina il cordone non pulsante, flacido, freddo. Il dorso è rivolto posteriormente, lacerazione della parete posteriore della vagina, e del labbro posteriore del collo che è completamente maciullato. Si procede alla decollazione mediante uncino decollatore a funicella, che, col collo, separa anche il braccio dal tronco, passando fra la scapola ed il torace, che trovasi aderente soltanto per un piccolo lembo cutaneo, che non resiste alle trazioni. S'impianta allora l'uncino acuto in corrispondenza della rocca petrosa di destra, estraendo in tal modo la testa, e quindi il tronco dopo afferrato un piede. Il feto estratto, di sesso femminile, pesava grm. 2100 senza cervello, ed era lungo 48 ctm. (26-22).

Annessi normali del peso di grm. 400.

Dopo l'operazione scolo di un liquame sanguinolento alquanto fetente, e depressione considerevole delle forze che si rianimano con Marsala e panni caldi.

Il puerperio fu regolare e la donna venne dimessa il 13 luglio in 12ª giornata di puerperio.

Osservazione 6ª — N. 326 - Anno 1877 — Spalla sinistra - dorso posteriore - braccio procidente - tentativo di liberazione a domicilio - morte del feto e rottura del fornice vaginale in avanti ed a destra - decollazione coll'uncino di Braun modificato dal Cuzzi - morte per embolismo aereo.

Alle 8 ant. del 24 dicembre entrava in questo Ospizio una contadina in travaglio, d'anni 30, di sana e robusta costituzione fisica, alta metri 1,59, a pelvi normale, pluripara. Ella aveva avuto, antecedentemente all'attuale, sei gravidanze condotte regolarmente a termine con parti spontanei, naturali, facili, seguiti da puerperii fisiologici. L'attuale gravidanza pure può considerarsi arrivata al suo termine fisiologico, tanto in base ai segni razionali quanto in base ai caratteri anatomici. Colate le acque, utero retratto sul suo contenuto, ascoltazione negativa, presentazione del piano laterale, braccio procidente non più reagente in modo riflesso agli stimoli esterni, fu quanto ci apprese un primo rapido esame. La mano procidente, posta in posizione intermedia tra la pronazione e la supinazione, offriva il pollice rivolto anteriormente, la faccia palmare rivolta alla coscia destra della madre: evidente era quindi la diagnosi di presentazione della spalla sinistra in posizione dorso-posteriore. A domicilio eransi fatti infruttuosamente numerosi tentativi di liberazione, dopo i quali, all'ingresso della donna in Clinica, erano già trascorse le condizioni favorevoli pel rivolgimento. Amministrato alla donna un bagno tiepido, non essendo ancora la parte presentata profondamente impegnata alle 9 ant. si procede ad un tentativo di versione collocando la donna sul fianco sinistro. In un primo tentativo la mano sinistra, superando con difficoltà il collo, di cui si lacera poco profondamente la porzione vaginale, arriva in corrispondenza del piano sternale del feto, senza che per altro le riesca di raggiungere ed afferrare un ginocchio od un piede.

Nel fare un secondo tentativo di versione, appena la mano è in vagina, l'operatore senza fare sforzo di sorta, chè la mano era tenuta immobile e non procedeva nel canale vaginale, avverte che le pareti vaginali sembravano cedere durante la contrazione uterina e cedono infatti nella loro parte anteriore-superiore. Edotto il professore di questo fatto invita l'operatore a desistere dai tentativi di versione

onde evitare un possibile aumento dell'avvenuta spontanea lacerazione e delibera di procedere alla liberazione della donna mediante una operazione embriotomica.

Il meccanismo con cui avvenne la lacerazione della vagina è facile a comprendersi: ogni qualvolta l'utero si contraeva, non riuscendo ad impegnare nel canale pelvico-genitale la parte presentata, costituita dal piano laterale, dovevano stiracchiarsi continuamente i suoi attacchi vaginali, distendendo oltre misura la vagina ed alla fine provocandone la rottura, situata infatti in direzione pressochè trasversale.

Posta la donna nella posizione classica, il professore introduce ed applica l'uncino decollatore di Braun; ma a malgrado delle trazioni esercitate non si riesce a dividere la colonna vertebrale cervicale, benchè le trazioni fossero abbastanza energiche, per quanto almeno lo permettevano le condizioni del canale vaginale dell'operanda. E la forza con cui si devono esercitare le trazioni ed i movimenti di chiave coll'uncino di Braun, perchè riescano allo scopo che si prefiggono, è precisamente, uno dei massimi inconvenienti che si possono ad esso rimproverare specialmente quando la tema di rendere più estese lacerazioni già esistenti ci imponga molta prudenza nel maneggiarlo. A detto uncino venne sostituito quello modificato da Cuzzi, e così questo strumento razionalmente più acconcio riceveva anche quella sanzione pratica che gli desidera il Dott. Chiarleoni nel suo articolo *Embriotomia* pubblicato nella *Enciclopedia Medica Italiana.*

Il secondamento mediante la spremitura fu facile. Si constata che la lacerazione alla parte alta anteriore della vagina non è penetrante nè in vescica nè nel cavo peritoneale: non havvi emorragia: si applica una larga vescica di ghiaccio all'ipogastrio; s'introduce nella breccia un tubo di drenaggio e si praticano per esso irrigazioni fenicate, in numero di quattro al giorno.

Il puerperio fu tempestoso ed accennerò ai fatti principali che in esso si osservarono, e che precessero la catastrofe, avvenuta precisamente nella 46ª giornata di puerperio, quando per la prima volta notavasi l'apiressia completa al mattino.

24 dicembre. — Sera: T. 37,6, P. 84, R. 24: vino, laudano, ghiaccio sul ventre.

25 dicembre. — Notte tranquilla, stato generale soddisfacente, utero molto sensibile, mitto spontaneo.

Mattino:	T. 37	P. 92	R. 28
Sera:	» 38,8	» 104	» 28

26 dicembre. — Condizioni identiche.

Mattino:	T. 38,6	P. 112	R. 28
Sera:	» 38,2	» 120	» 28

27 dicembre. — Condizioni generali e locali immutate, si continua sempre nelle irrigazioni fenicate nel tubo di drenaggio; non avendo avuto defecazioni si amministrarono 50 centigr. di calomelano.

Mattino:	T. 38,7	P. 116	R. 24
Sera:	» 38	» 112	» 28

28 dicembre. — Dormì poco nella notte, qualche dolore intestinale, utero dolente alla pressione *più a destra*, due defecazioni, urina spontaneamente.

Mattino:	T. 39	P. 120	R. 28
Sera:	» 39,6	» 124	» 32

29 dicembre. — *Tumescenza estesa che si eleva sino quasi a livello dell'ombellico, dolente specialmente a sinistra e che immobilizza l'utero completamente; col riscontro si rileva come detta tumescenza non deprima la volta vaginale.* Nausee, qualche colpo di tosse, 5 defecazioni, emissione spontanea dell'urina.

Mattino:	T. 38	P. 112	R. 28
Sera:	» 39	» 116	» 32

30 dicembre. — Non dormì per dolori uterini e intestinali, tosse forte, secrezione lattea non comparsa, lochi fetenti, *sette defecazioni, si fa necessario il cateterismo vescicale.*

Mattino:	T. 38,6	P. 108	R. 28
Sera:	» 39	» 124	» 28

31 dicembre. — Lieve miglioramento dei fenomeni generali e locali: otto defecazioni, *cateterismo*, due vescicanti alle regioni illiache.

Mattino:	T. 38	P. 108	R. 32
Sera:	» 39,3	» 120	» 28

1 gennaio. — Sei defecazioni, *perdite delle orine dalla vagina.* E qui richiamo l'attenzione del lettore sul fatto notevole della produzione di una fistola vescico-vaginale in 9ª giornata, fatto che non sarebbesi mai osservato in uno spoglio di 211 osservazioni di presen-

tazione di spalla fatto dal Dott. Chiarleoni (1). — In questo caso la produzione della fistola fu dovuta alla caduta di una escara da compressione o, *come mi pare più probabile*, da un processo necrotico svoltosi sul fondo dell'avvenuta lacerazione, pel fatto di un processo flogistico intenso?

Mattino:	T. 39	P. 112	R. 32
Sera:	» 39	» 116	» 28

Dal 1° al 18 gennaio non si verificarono fatti di qualche rilievo: la temperatura fu sempre oscillante fra 38° e 39°,5, senza che per altro insorgessero brividi di freddo: la paziente fu sempre molestata da diarrea e da tosse, e fu costante la perdita involontaria delle urine. Lochiazione purulenta sempre abbondante ed un po' fetente, per cui si fece uso frequente di irrigazioni feniche endo-uterine, che unitamente al vino di Marsala, al chinino, a qualche polvere del Dower costituirono la terapia messa in opera in questo periodo di tempo.

19 gennaio. — Praticato il riscontro vaginale, si rileva posteriormente ed a sinistra una tumescenza elastica, fluttuante che deprime il fornice vaginale e che incisa nella nebbia fenica, dà esito a discreta copia di marcia.

Mattino:	T. 39	P. 116	R. 28
Sera:	» 39,5	» 116	» 32

20 gennaio. — Ventre sempre tumido e dolente nella zona sotto-ombellicale, dormì bene nella notte, nessun brivido.

Mattino:	T. 38,5	P. 112	R. 28
Sera:	» 39,2	» 112	» 28

21 gennaio. — Nella notte dormì poco, stato generale abbattuto; essendosi fatta la tosse più insistente e più intensa, si ripete l'esame del petto che prima era stato pressochè negativo. Anteriormente risonanza polmonare normale: respiro vescicolare più aspro a destra con qualche rantolo sonoro: posteriormente risonanza un po' esagerata a destra e superiormente, ovè in corrispondenza della spina della scapola avvertonsi rantoli cavernulosi. In tutto il resto dell'ambito toracico russi e rantoli a grosse e medie bolle, raggruppati in corrispondenza della 6ª costa di sinistra. Verso la base bilateralmente la

(1) Chiarleoni. *Sei casi di decollazione.*

risonanza si fa un po' più alta e breve e scarso il respiro vescicolare; sputi piccoli, tondeggianti, muco-purulenti che esaminati al microscopio non offrono alcuna traccia di fibre elastiche.

Mattino:	T. 37,8	P. 100	R. 28
Sera:	» 39,2	» 104	» 36

22 gennaio. — Brivido di freddo che si ripete ogni giorno fino al 28 gennaio, per cui pur continuando nell' uso del vino di Marsala e del chinino si ricorre alla polverizzazione fenicata del cavo suppurante. Questa si pratica mediante un polverizzatore Richardson, dal cui turacciolo si dipartono due tubi di gomma che vengono a riunirsi e ad abbracciare un'asta tubulata lunga 12 cent. circa, foggiata a sonda e da cui erompe la soluzione fenicata suddivisa molecolarmente dall'aria, e ciò allo scopo di penetrare anche i meandri dell'anfrattuosa cavità ascessuale, dalla quale, notisi, *di tanto in tanto gemeva un po' di sangue.*

Sotto l'influenza di tale trattamento le condizioni locali si andarono migliorando, la quantità di marcia andò mano mano diminuendo e restringendosi la cavità ascessuale. Anche il ventre si faceva più piano, meno dolente la zona sotto-ombellicale, era scomparsa la diarrea, cessata la perdita di urina dalla vagina e la tosse travagliava molto meno la paziente. La temperatura fu però sempre oscillante fra 38° e 39°.

6 febbraio:

Mattino:	T. 38	P. 92	R. 28
Sera:	» 39	» 104	» 24

7 febbraio:

Mattino:	T. 37	P. 88	R. 24

Alle 10 antim. si pratica la consueta polverizzazione fenicata: ai primi colpi di pressione sulla palla elastica del polverizzatore, la donna si eleva sul fianco destro, esclama sorridendo ed accennando al petto, *mi vien l'aria su qua*, getta un grido, rovescia la testa all' indietro, cade sul letto, il polso si fa impercettibile, le pupille si fanno midriatiche, l'orecchio accostato alla regione precordiale fa sentire un rumore di liquido commisto ad aria, ed in men che si dice l' ammalata è morta, lasciandoci esterrefatti dal terrore per l' inattesa catastrofe.

Clinicamente non poteva esservi alcun dubbio; l'aria cacciata dal

propulsore elastico in una venuzza beante del cavo suppurante aveva apportato la morte. L'autopsia venne a comprovarcelo: udiamo i responsi. La cava ascendente è vuota di sangue ed incisa lascia sprigionare bolle di gas; il ventricolo destro è quasi raddoppiato di volume; legati i grandi vasi che dal cuore si dipartono ed estratto dalla cavità toracica questo viscere unitamente ai polmoni, s'incidono i ventricoli sotto acqua e ne escono grosse bolle di aria, più dal destro che dal sinistro; spaccati dimostrano sangue spumoso entro di essi. I polmoni sono edematosi. La sezione dell'addome ci offrì i seguenti reperti: peritonite parziale con raccolta di legger quantità di pus incisticata in vicinanza della fossa iliaca sinistra e fra le anse del tenue: la quantità di marcia era di circa mezzo bicchiere, e questa presentava un aspetto denso e cremoso. — Ai dintorni dell'utero, in grembo al cellulare che lo circonda, osservavansi due cavità a pareti pulite, deterse, coperte da bottoni carnei rosei, non contenenti marcia e non comunicanti col peritoneo. Una di queste cavità ha il suo punto di partenza a destra ed all'avanti della vagina, l'altra a sinistra. Queste due sacche si scorgono evidentemente ridotte in estensione; nella destra si osserva in corrispondenza della parete posteriore un piccolo coagulo, levato il quale si scorge un piccolo orificio che conduce in una vena di mediocre calibro, e sembra precisamente che in esso si sia impuntato il becco dell'asta tubulata del polverizzatore. L'utero è ben ridotto, alquanto frastagliato è il suo orificio esterno. La breccia che metteva in comunicazione la vagina colla vescica si apriva in questa in vicinanza del trigono, in quella nella parete anteriore in alto ed a destra ma dopo un tragitto alquanto tortuoso.

Dopo il responso della tavola anatomica, sono numerose le considerazioni che si affollano alla mente; e la compartecipazione del peritoneo e del cellulare pelvico al processo puerperale, e la presenza di un ascesso incisticato fra le anse del tenue, potrebbero offrire argomento a disquisizioni che riguardassero la distinzione anatomica, patologica, clinica fra parametrite o, ove si voglia preferire la terminologia, fra cellulite e peritonite, pelvica, tanto più oggidì in cui le ricerche e gli studii di Freund, di König, di Schlesinger, me ne offrirebbero bella occasione; ma qui il fatto principale assorbe come di naturale l'attenzione, ed è precisamente l'accidente funesto che apportò la morte della paziente, che mi spinse a farne argomento di apposita memoria illustrativa di cui qui cito le conclusioni.

I. La penetrazione di aria nelle vene può verificarsi tanto nel campo chirurgico propriamente detto, quanto nel campo ostetrico e ginecologico. Alla prima serie appartengono specialmente i casi di operazioni praticate in una regione ove la vicinanza degli organi respiratorii e condizioni anatomiche speciali delle vene facilitano la produzione di tale accidente. — In questi casi l'accidente è sempre spontaneo.

II. Nel campo ostetrico tali casi possono distinguersi in due classi, distinte per condizioni speciali: nell'una l'accidente è spontaneo, e l'aria raccolta nel cavo uterino, o perchè penetratavi dall'esterno, o perchè svoltasi dalla putrefazione del suo contenuto, entra in circolo od aspirata per influenza del vuoto inspiratorio e della diminuita pressione endo-addominale, o spintavi dalla contrazione uterina stessa; nell'altra l'accidente è prodotto da una forza propulsiva esercitata dall'esterno.

III. Se nei casi di timpanismo uterino è rarissimo l'accennato accidente, sono invece frequenti inconvenienti e danni più o meno gravi, inerzia uterina, infezione puerperale. Come mezzi destinati ad evitare od a minorare tali inconvenienti valgono: 1° l'avvolgere le parti genitali della donna nella nebbia fenica, ogni qual volta s'introduca il dito, la mano, o gli strumenti nelle vie materne; 2.° l'evitare determinate posizioni della donna che apportano un rapido abbassamento della pressione endouterina ed endo-addominale; 3.° un pronto intervento nei casi di decomposizione del feto.

IV. Ad evitare o a rendere più rari i casi della seconda classe, converrà rinunciare all'uso delle nebulizzazioni entro cavità in cui stanno vasi beanti, e circondare le iniezioni intrauterine di tutte quelle cautele destinate ad escludere la commistione dell'aria con liquido.

Osservazione 7ª — N. 197 - Anno 1878 — Pluripara - pelvi normale - idramnios con fibroma sotto-peritoneale del fondo - presentazione secondaria della spalla sinistra D. P. morte del feto - decollazione - madre salva.

Donna di 46 anni, di media statura, di professione serva, di costituzione piuttosto robusta. Veniva accolta in Clinica il 19 agosto; ebbe antecedentemente nove parti a termine, spontanei, facili, seguiti da

puerperi fisiologici. L'ultimo di essi data da due anni. In questo frattempo ebbe menstruazioni più abbondanti che non negli anni antecedenti, del resto non fece mai malattie di qualche entità. In base all'ultima ricorrenza menstruale il parto sarebbe indicato per la fine di agosto.

Ciò che colpisce all'esame di questa donna è l' enorme distensione del suo ventre.

Circonf. add. a livello del bellico (donna supina)	Cent.	122
Distanza dal pube alla punta dello sterno	»	59
Livello dal fondo uterino al pube	»	51

La pelvi è normale. Il ventre è disteso da una tumescenza ovoidea, elastica, fluttuante, non cascante ai lati, a limiti superiori delimitati da una linea irregolare, poichè all'estremità superiore sinistra di essa il suo profilo anatomico è deformato dalla presenza di un tumore solido della grandezza di una testa, in unione con essa ma alquanto mobile.

Non avvertibili parti fetali colla palpazione.

Non avvertibile il doppio battito fetale.

Soffio dolce nel quadrante inferiore di sinistra. Alla paziente sembra che la tumescenza di tanto in tanto si contragga ed indurisca; essa non avvertì mai moti fetali distinti, paragonabili a quelli avvertiti nelle gravidanze antecedenti, ma solo una sensazione di fruscio diffusa. Il ventre non crebbe saltuariamente, ma progressivamente e regolarmente sino all'attuale volume. Evidentemente la non dimostrabilità di battito cardiaco fetale e di parti piccole rendevano difficile il cerziorare il nostro concetto diagnostico che poteva vagare tra alcune ipotesi che presentavano maggiore o minore probabilità.

Progredendo nell'esame si rileva quanto segue: mucosa vaginale bluastra, lieve prolasso della parete vaginale posteriore; mancanza di polso vaginale. Porzione vaginale del collo rammollata, molto spostata a sinistra, difficilmente accessibili per la sua elevazione; essa presenta a sinistra un'incisione molto profonda. Introducendo la mano in vagina riesce allora possibile percorrere il canale cervicale col dito esploratore, il quale supera facilmente l' orificio interno, avverte le membrane e palleggia una parte fetale che rassomiglia alla testa; estratto esso porta con sè una parte del turacciolo gelatinoso. Coll'esame praticato in questo modo riesce facile il farci un' esatta idea del caso concreto e si stabilisce il diagnostico di gravidanza semplice

uterina con idramnios e fibroma sotto-peritoneale del fondo, pervenuta alla seconda metà del 9° mese.

L'esame fisico della gestante non ci rileva disordini nell'apparato circolatorio-respiratorio. Le funzioni digestive si compiono normalmente. — Le urine sono acide, della densità di 1022, prive di albumina.

Le condizioni generali di essa non ci invitano quindi ad alcun intervento; solo si prescrive l'applicazione di una ventriera.

Nella notte del 4 settembre incominciano i primi dolori. — Alle 8 ant. del 5 dilatazione di 5 cent. Si punge il sacco molto in alto col perforatore di Meissner, onde avere una lenta deplezione del cavo uterino. Il liquido amiotico scola infatti con sufficiente lentezza, dimodochè sono spesi circa tre quarti d'ora per la sua evacuazione, evacuandone in tal modo 8 litri. Riesaminata la donna, viene dal Dottor Cuzzi, allora primo assistente, e da me riscontrata la presentazione del vertice, mobile allo stretto superiore ricoperto dalle membrane spesse e resistenti. Distintissimo il fibroma sotto-peritoneale verso l'angolo sinistro dell'utero.

Nessuna emorragia. Battito fetale ora distinto nel quadrante inferiore sinistro; non essendovi nulla di anormale si abbandona la donna alle 10 $^1/_2$ ant. indicando il posto ove noi eravamo reperibili. Chiamati infatti alle 11 $^1/_4$, alle 11 $^1/_2$ siamo al letto della partoriente, ma disgraziatamente le cose sono mutate. Contrazioni energiche si sono succedute e si succedono a brevi intervalli, la donna è alquanto inquieta, al vertice si è sostituita la spalla, il funicolo è procidente e non più pulsante. La levatrice prima assistente narra che verso le ore 10 $^3/_4$ le contrazioni si erano destate frequenti, rincalzanti, che bene presto al vertice si sostituiva la spalla, che il feto soccombeva rapidamente. Malgrado la prestezza della chiamata non si arriva in tempo che per eseguire un atto operativo embriotomico. La spalla presentata è la sinistra in posizione dorso-posteriore, ed essa è talmente impegnata da controindicare la versione. Si applica l'uncino rachiotomo Cuzzi portandolo tra la parete posteriore uterina ed il collo del feto, praticando trazioni energiche ed imprimendo allo strumento moti di torsione. Durante le trazioni s'inizia la evoluzione spontanea che si facilita spaccando la parete laterale sinistra del torace ed estraendo i visceri. L'esame del feto dimostra quasi intieramente rotta la colonna vertebrale.

Peso del feto . . . . . 2350 gr.

Lunghezza totale . . .	48 cent.
Tra il vertice ed il bellico	25 »
Tra il bellico ed i talloni .	23 »

Nessuna emorragia dopo il parto. Secondamento spontaneo. Si amministra un gramma di segale cornuta e si applica una fasciatura addominale.

Come darci spiegazione di questa sostituzione di una presentazione ad un'altra? A spiegare la maggior frequenza delle presentazioni del vertice, gli ostetrici invocarono un gran numero di ipotesi che aspettano ancora la loro precisa dimostrazione. Comunque egli è evidente e provato da numerosi fatti che esiste una certa accomodazione tra contenente e contenuto, per cui il grosso ovoide fetale, il podalico, viene a porsi alla estremità superiore più ampia dell'ovoide uterino, e che ogni qualvolta è alterato tale rapporto o per riguardo al feto o per riguardo all'utero, ben di frequente si altera anche il rapporto di frequenza delle presentazioni del vertice. I feti idrocefalici aumentano la frequenza delle presentazioni podaliche, l'utero con parziali sepimenti favorisce le presentazioni del piano laterale, e come sopra abbiamo visto i fibromi uterini alterando pur essi i rapporti tra contenuto e contenente sono causa per cui la presentazione devii dalla norma. Nel nostro caso prima del travaglio probabilmente il fibroma non avrà esercitato influenza di sorta, ed il feto sarà stato libero di assumere qualunque rapporto in quell'ampia cavità uterina distesa da 8 litri di liquido amiotico. Ma colate le acque, e pure concessa al feto una certa mobilità, per la distensione enorme già subita dalle pareti uterine, quale meraviglia che il voluminoso fibroma impiantato precisamente all'angolo superiore sinistro, per proprio peso favorito dall'inclinazione destra dell'asse uterino, abbia spinto l'ovoide podalico a destra, mentre la testa non ancor fissa al distretto superiore scivolava sulla fossa iliaca sinistra? Avvezzo ad indagare la ragione dei fatti che osservo, questa è almeno la spiegazione che mi si è presentata.

Ritorniamo ora alla nostra donna di cui interessa far conoscere il decorso ulteriore. Subito dopo il parto la donna è presa da dolori vivissimi a tutto il ventre, che la donna paragona a sensazione di *bruciore*, di *lacerazione*, di *strappatura*, e colpisce l'aspetto sconvolto che essa presenta.

Profondamente alterati i tratti del viso, sguardo smarrito, polso filiforme, sfuggevole; tutto pareva farci temere di un prossimo esito

infausto. Questi fenomeni di Schok provenivano da lacerazione di preesistenti aderenze peritonitiche, ripetevano esse la loro origine da parziale torsione subita dal tumore sul suo asse? — Queste erano le ipotesi che si affacciavano, ad ogni modo l'iniezione ipodermica di 3 grammi di etere, dissipò momentaneamente i fenomeni di estrema adinamia.

Verso le 4 pom. però le condizioni si sono nuovamente aggravate, polso alquanto rialzato ma dolori vivissimi a tutto l'addome e che si aggravano ad ogni minima pressione, fisionomia contratta pel dolore, vomito ripetuto. Nessuna emorragia. Si prescrivono pillole d'oppio e si applica il ghiaccio a permanenza sull'addome. I fenomeni così minacciosi che accennavano all'insorgenza di una peritonite generale acutissima si calmarono mano mano, mentre la terapia ebbe a rivolgersi ad una peritonite localizzata al quadrante inferiore addominale di sinistra e nel campo del tumore, peritonite dimostrata oltrechè dai fenomeni che l'accompagnarono specialmente dalle aderenze che obbligarono tumore ed utero alla fossa iliaca sinistra, immobilizzandoli completamente come si rilevò coll'esame combinato prima della sua partenza. In quarta giornata di puerperio si ebbe pure metrorragia abbondante, a frenare la quale vennero fatte irrigazioni endo-uterine di percloruro di ferro. La paziente stette in letto per 17 giorni, di cui 10 trascorsero con elevazione termica oscillante attorno ai 39.° La terapia venne costituita essenzialmente dall'oppio, dal ghiaccio applicato localmente a volta a volta dalle applicazioni di terebentina. In 18ª giornata la donna abbandonava l'Ospizio guarita, ma colle aderenze sopraccennate.

Delle sette decollazioni praticate tre vennero seguite da morte, una volta per *pleurite a frigore*, una volta per setticoemia già incoata all'atto stesso della liberazione, la terza volta infine per un accidente eccezionalmente raro a verificarsi, per penetrazione cioè di aria nell'albero circolatorio. Quando pensiamo quindi alle circostanze specialmente gravi in cui si è sempre operato, al fatto che quasi sempre a domicilio erano preceduti tentativi di liberazione più o meno numerosi, quando si pensa infine alle cause speciali di morte e si porta in campo l'altra considerazione che in un caso la setticoemia erasi già manifestata, abbiamo motivo di essere abbastanza lieti della statistica offerta. In cinque casi si ebbe a fare con posizioni dorso-posteriori, il che conferma sempre più come queste posizioni si offrano al pratico della campa-

gna circondate da speciali difficoltà forse per l' oblio in cui pongono il precetto di introdurre la mano col palmo rivolto al piano anteriore del feto, oblio forse subordinato a sua volta alla mancanza di precisione con cui si istituisce il diagnostico. Molti pratici infatti si acquietano alla diagnosi di presentazione della spalla, senza curarsi di farsi un concetto più esatto ed approfondito della posizione del feto nel cavo uterino, il che solo permette di andare alla ricerca dei piedi senza esitanze, mentre in caso contrario, specialmente nei casi difficili, la mente si confonde, e la mano si *smarrisce* entro il cavo uterino frugando e rifrugando invano.

La decollazione venne praticata tre volte coll'uncino di Braun modificato da Lazzati, due volte col decollatore a funicella, modificazione portata da Chiarleoni a quello di Kilian, due volte infine con quello di Braun modificato da Cuzzi. Le modificazioni portate da Lazzati sono troppo note perchè io qui ne faccia parola, e vennero d'altronde accennate anche nei Rendiconti antecedenti: accennerò invece alle altre due modificazioni apportate da due assistenti di questa Scuola e precisamente nel periodo di tempo abbracciato dal presente Rendiconto.

Lo strumento di Chiarleoni è nel suo insieme composto: « di » una cannula ricurva, di un pezzo di acciaio pieno da rimettersi » e di una funicella lunga circa un metro, che affidata mediante » un nodo ad un occhiello praticato nella parte dell' uncino da » invaginarsi serve annodandosi in basso ad una tacca a portare » in sede lo strumento montato, per modo che questo nel suo » insieme rappresenta un vero uncino ottuso. »

L'uncino rachiotomo del Dott. Cuzzi « consta di un'asta me» tallica fissata su di un manico di legno come l' uncino decolla» tore del Braun. L'asta metallica è lunga 30 cent.; la parte ri» piegata della medesima è lunga 5 cent., l' ampiezza del seno » formato dalla parte retta e dalla parte ripiegata dell' asta me» tallica è di 2 cent,; la parte concava dell' uncino, o seno, è » tagliente e foggiata a denti, dimodochè con moti di va e vieni » agisce come sega. È degno di nota l' ampiezza del seno del» l'uncino; essendo soltanto di 2 cent. esso non potrà venire a » ledere le pareti uterine quando si eseguisca la rachiotomia » toracica. Difatti il diametro antero-posteriore del corpo di una » vertebra lombare di feto a termiue è di cent. 1 a 1 ½; quindi » la punta dell'uncino, a strumento applicato, si troverà nascosta » nella massa dei muscoli della doccia vertebro-costale. »

Qui ci si affacciano alla mente due questioni. Quando daremo noi la preferenza alla decollazione, quando alla evoluzione artificiale? Appigliandoci alla decollazione a quale processo operativo daremo noi la scelta? La soluzione del primo problema appare già difficile, quando si pensi con quanti elementi si formi e si rassodi una convinzione clinica, elementi che se lasciano una impressione durevole in chi osserva, difficilmente si possono poi descrivere e scolpire nella mente del lettore con pari evidenza come si affacciano alla mente dell'osservatore. Per altro sarà possibile lo stabilire per così dire alcuni capisaldi nella questione che ci occupa attualmente. Se l' evoluzione è realmente iniziata, se la spalla è fissata o prossima a fissarsi sotto l'arcata pubica, se col dito esploratore si riesce a percorrere una gran parte del piano laterale, talchè ci sia dato sentire la serie degli spazii intercostali, niun dubbio che in questi casi noi dovremo dare la preferenza alla evoluzione artificiale, tanto più che per la rotazione del capo al disopra della sinfisi del pube e per l'allungamento notevole del collo, la decollazione non sarebbe punto agevole impresa, come ebbi a convincermene ripetutamente, specialmente pel fatto che rasente e stretto all'arco pelvico anteriore si stava per così dire applicata quella porzione che passa tra l'uno e l'altro processo acromiale, e collo e testa sono reclinati ed applicati forzatamente alla spalla superiore, mentre invece facile a compiersi sarà l' evoluzione artificiale. Per parte mia sono anzi convinto *che a condizioni normali di collo uterino e di pelvi*, e data la dovuta aspettativa un gran numero di operazioni embriotomiche sul tronco verrebbero precisamente a limitarsi a quei processi che hanno per scopo l'evoluzione artificiale, e per mezzo più acconcio l'uncino acuto.

Ho parlato di evoluzione artificiale non di evoluzione forzata, perchè nei processi antecedentemente descritti nulla havvi che non sia determinato, precisato da leggi strettamente meccaniche. L'evoluzione è avviata ma la lunghezza o la rigidità dell' asta vertebrale si oppone al suo rapido compimento: cosa havvi di forzato ovvero di illogico in quei procedimenti innocui che si propongono di togliere tali ostacoli? L'evoluzione artificiale quale qui la si pratica, trova riscontro nel processo descritto da Lee colla gran differenza che questi amputa il braccio, che noi ce ne serviamo come di ausiliare potente per fissare la spalla sotto l'arcata pubica e per esercitare trazioni sul tronco. Che dire poi

di quegli autori che in tale procedimento vogliono trovare un processo di versione forzata! Alla evoluzione artificiale noi ci appigliamo fidenti e sicuri, alla versione forzata che si giova della brachiotomia e dell'evisceramento per *arrivare ad afferrare i piedi* noi ci dichiariamo risolutamente avversari, quello è per noi un processo metodico, innocente, con indicazioni abbastanza determinate, questo è un processo eccezionale.

Ma ogni caso clinico di presentazione di spalla ha, per così dire, una fisionomia propria ed a tale varietà contribuiscono essenzialmente due fattori, la stenosi pelvica e le condizioni del collo e dell'orificio uterino. Non è a credersi infatti che gli ostacoli alla versione sieno dati essenzialmente e sempre dall' impegno profondo della parte presentata, condizione molto desiderabile e che rende più facile e più sicuro il nostro intervento ogni qualvolta si debba ricorrere ad un processo embriotomico nel tronco: questo profondo impegno è qualche volta ostacolato dalle condizioni delle pelvi o dalle condizioni del collo, sia che questo non sia sufficientemente dilatato, sia che esso sia imbrigliato da cicatrici. Qualche volta inoltre l'utero è retratto sul suo contenuto, e nello stesso tempo molto elevato, talchè la mano deve percorrere il canale cervicale molto allungato prima di giungere sul moncone della spalla, come ebbi a verificare in un caso l'anno decorso. Ci sono insomma dei casi in cui mentre da una parte è controindicata la versione, dall'altra non ci è ancora dato di sperare nè nell'evoluzione spontanea nè in quella artificiale, dei casi in cui e l' eviscerazione e la rachiotomia dorsale o toracica non sarebbero corrispondenti allo scopo, per me razionale, di favorire e compiere l'evoluzione, mentre invece non è punto difficile portare qualche strumento sul collo e compiere colà la divisione della colonna vertebrale, onde estrarre il tronco colla precedenza del suo estremo superiore. In questo campo la decollazione trova le sue reali indicazioni, quando non si voglia farne un processo di elezione in modo assoluto.

Quanto ai mezzi decollatori proposti non so vedere quale grande valore abbiano realmente le obbiezioni mosse contro l'uso delle forbici. Io mi dimando anzi, quando la mano guidatrice e protettrice sia condotta sul collo fetale, se non sia alquanto fantastico il timor nostro di ledere gli organi materni con forbici a punta ottusa. Comunque sta il fatto che gli uncini decollatori recano buoni servigi malgrado la critica fatta basata specialmente

sull'ipotesi che nei movimenti di chiave fatti col decollatore si apporti una pressione notevole sul segmento inferiore, pressione dolorosissima e dannosissima ad un tempo. Ma la mano portata sul collo non potrà con una congrua contro-pressione togliere questo effetto dannoso, limitando l'azione dello strumento ai movimenti di chiave, o quanto meno eliminando in parte questa pressione sui tessuti materni? Certo i decollatori a funicella forse prestano meno il fianco a tale obbiezioni, quantunque per altro la loro messa in opera non sia poi così semplice come quella dell'uncino di Braun. Certo volendo adoperare un decollatore a funicella sarebbe commendabile l'idea esposta recentemente dal Prof. Calderini di passare la cordicella entro un tubo di gomma. In ogni caso qualunque sia il processo adoperato ci gioveremo ad *uncino applicato* delle trazioni sul braccio procidente fatte da un assistente.

V.

I fin qui esposti sono processi operativi che per me corrispondono veramente ad un determinato scopo nelle presentazioni della spalla; all'infuori di essi si entra in un campo indefinito di processi embriotomici, mal determinati dal punto di vista scientifico e che trovano la loro ragione di essere *nelle circostanze speciali del caso.* Qualche volta saranno i maneggi fatti a domicilio che alterano in modo strano i rapporti del feto col cavo uterino (procidenze molteplici, presentazioni del piano ventrale o del piano dorsale), qualche volta sarà la stenosi pelvica o la stenosi cicatriziale del collo che ci costringono ad una vera embriotomia minuta e laboriosa, qualche volta sarà l'esportazione del moncone della spalla o l'evisceramento che ci faciliteranno la versione, ma insomma noi saremo gittati dal caso, dalle circostanze e dal nostro senso chirurgico in una via sempre varia ma anche sempre irta di difficoltà, in cui soltanto e perizia e calma e senno associati potranno cavarci d'impiccio.

Anche di questa categoria osservammo nel quinquennio pochi casi che qui riferisco.

Osservazione 1ª — N. 37 - Anno 1875 — Pluripara - pelvi piatta - presentazione piano laterale sinistro D. A. - Tentativi di versione a domicilio - feto morto - eviscerazione coll'uncino acuto - versione sul ginocchio sinistro - morte della donna (1).

Donna rachitica, d'anni 32, servente, ebbe già antecedentemente 4 gestazioni tutte interrotte artificialmente a 8 mesi per viziatura pelvica, di cui l'ultima il 13 luglio 1869. — (Vedi rendiconto Porro, Anno 1869-70).

Entrava in quest'Ospizio alle 5 ant. del 25 febbraio accompagnata dalla levatrice e proveniente dalla città già in travaglio da 24 ore. Dalla levatrice si conosce infatti avere il travaglio incominciato alle 8 ant. del 24 con dolori deboli e rari, sicchè solo verso le ore tarde della sera richiedeva l'assistenza della levatrice medesima. Lo scolo delle acque avvenne alle 2 antim., la dilatazione essendo pressochè completa. Le acque fluirono in copia e trascinarono un braccio al di fuori Per questo accidente fu tosto chiesto di un ostetricante della città, il quale tentò a più riprese la versione, ma non riuscendo consigliava il ricovero in quest'Ospizio. All'esame instituito si constatò: generale abbattuto, apatico, vagina occupata dal braccio sinistro, la di cui mano pallida sporge fuori dalla vulva in posizione intermedia tra la pronazione e la supinazione, colla faccia palmare rivolta a sinistra ed il pollice post., l'angolo inf. scapolare a destra ed in avanti, post. a sinistra fisso nello scavo il torace, di cui si ponno contare gli archi costali; più a sinistra ancora e alquanto più in alto si raggiungono le pareti ventrali prospicienti la sinfisi sacro iliaca di quel lato. — L'utero è contratto e presenta una forma ovale col grand' asse verticale. Sulla parete interna destra della vagina in corrispondenza della branca ischio-pubica esiste una cisti sierosa del volume apparente di un uovo di piccione. Mancanti i segni della vita del bambino. Le contrazioni uterine sono piuttosto avvicinate ed energiche ed accompagnate da premiti che la donna dice di provare fino dalle 3 ant. Pelvi ristretta nel suo diametro anteriore-posteriore ridotto a 80 mill.

---

(1) Pubblicata dal Dott. Chiarleoni nella sua memoria: *Sei casi di decollazione*, pag. 5-6.

Dall' esame risultava quindi chiaramente. 1° presentazione spalla S. D. A. - 2° feto morto - 3° incominciata la evoluzione spontanea (flessione laterale ed impegno), e tutto ciò in donna rachitica avente un diametro promonto pubico di 80 mill. circa. L'aspettativa in tali condizioni non era prudente come d'altra parte doveva essere estremamente laborioso il liberare la donna mediante la versione. Gli è perciò che si credette del caso fare lo svuotamento del cavo addominale del feto per potere poi con più facilità abbassare l'estremo podalico. Deliberato il da farsi, si mette la donna nel bagno caldo, lasciandovela per 20 minuti e si danno 2 gr. di cloralio.

Dopo, mediante uncino acuto, si penetra nell'addome del feto, lo si apre largamente ed indi colla mano si estraggono i visceri. Ciò fatto uncinando colle dita la colonna vertebrale si abbassa di tanto l'ovoide podalico da poter senza il bisogno di introdurre più di poca parte della mano nel cavo uterino, afferrare il ginocchio sinistro che nel suo abbassamento è seguito immediatamente da tutto il feto; secondamento normale; il parto è completato alle 6 $^1/_2$ ant.

Nei 10 minuti circa che durò l'operazione la donna non emise che pochissimi lamenti per addormentarsi 10 minuti dopo, placida e tranquilla.

Il feto è di sesso femminile; peso gr. 2225, lunghezza 46, dal vertice al bellico 26 - dal bellico ai talloni 20; — presentava i seguenti diametri:

M O.	120
O. F.	100
S. O. Breg. . . .	90
B. P.	80
B. M.	65
Ment. Breg. . .	102
M. F.	80
Bis. A.	102

Mezz'ora dopo l'avvenuta liberazione si dichiara un'emorragia per nulla inquietante, però piuttosto noiosa e persistente, si vince alfine con segale, ghiaccio in vagina e massaggio uterino. Un'ora e mezza dopo la si trasporta nella sala puerpere in condizioni apparentemente buone.

Però una mezz'ora dopo si ripresenta l'emorragia e questa volta piuttosto grave anche per la quantità.

Circa 600 grammi di grumi sono estratti dalla vagina e dall'utero, la donna è presa da deliqui, perfrigeraz. generale, senso di oppressione all'epigastrio, i polsi si fanno impercettibili, pallore considerevole del volto, commisto a cianosi labbiale; si copre per intero la donna con pannilani, si fanno fregagioni, caffè, marsala, mistura anodino-ammoniacale, stretture elastiche vengono poste agli arti e si esercita la compressione aortica.

Erano le 9 ant., la donna si era alquanto rianimata e tutto faceva sperare che l'emorragia fosse finita. — Il Professore dispose che uno degli assistenti sorvegliasse la donna caso mai che si dovesse ripresentare la perdita. E questa pur troppo si ripresenta poco dopo le 10 quando la donna ancora non si era riavuta completamente.

Si passa immediatamente ad una iniezione di percloruro di ferro nel cavo uterino e si arresta così definitivamente la perdita. Ma la scossa nervosa congiunta alla perdita fanno estinguere rapidamente quel resto di vita, talchè non fu possibile ricorrere alla trasfusione.

Autopsia 24 ore dopo la morte. Organi della sfera genitale per ogni dove sani: la cisti vaginale riscontrata in sito è grossa quanto nn uovo di gallina, ha pareti spesse ed è sotto-mucosa. Il contenuto suo è fluido e limpidissimo. — Pallore considerevole di tutti gli organi splancnici nonchè di tutti i tessuti.

Osservazione 2ª — N. 190 - Anno 1878 — IIIpara - pelvi piatta rachitica C. D. 85-90 - briglie cicatriziali alla vagina ed al collo - provocazione del parto prematuro - presentazione di spalla sinistra D. P. - embriotomia - morte della madre.

Donna rachitica di costituzione gracile, d'abito linfatico, di professione serva, d'anni 36, entra nell'Ospizio il 13 agosto. Ebbe antecedentemente 2 gravidanze; una, condotta regolarmente a termine, dodici anni or sono, che richiese una laboriosa applicazione di forcipe che condusse alla luce un bambino morto squarciando in totalità il perineo. La seconda gravidanza s'interruppe spontaneamente al quarto mese nell'anno antecedente. Il primo puerperio fu morboso e la donna fu degente a letto per tre mesi; il secondo puerperio fu fisiologico.

Ebbe l'ultima menstruazione regolare il 25 dicembre 1877, essa si ripete scarsa il 25 gennaio.

Dai dati anatomici si giudica pervenuta la gravidanza alla fine del

settimo mese. Lo scheletro presenta notevoli traccie di rachitide, l'arcata alveolare superiore non sorpassa l'inferiore, arti inferiori incurvati, femore destro torto nel suo asse longitudinale, insellatura sacro-lombare, lieve sbarratura, un po' introflessa la parete cotiloidea di sinistra, e più sporgente all'interno la corrispondente spina ischiatica: tra le Sp. 22 $^1/_2$, Cr. 26 $^1/_2$, C. E. 18, C. D. 85-90.

Niuna alterazione dell'apparato digerente. — Funzione respiratora normale, oscuro il 1° tono all'apice. Distruzione completa del piano perineale con interessamento parziale dello sfintere anale, briglia cicatriziale alla parte superiore dell'ostio-vaginale, altra briglia cicatriziale che imbriglia la porzione vaginale del collo e la parte superiore della vagina, descrivendo una curva a semiluna colla concavità all'interno. Alla metà di settembre, giunta la gravidanza alla fine dell'8° mese si passa alla provocazione del parto prematuro.

16 settembre. — Due doccie di 10 litri ciascuna a 32° col grande irrigatore Eguisier.

17 settembre. — Al mattino una terza doccia — ore 3 pom. collo interamente rammollato, un po' accorciato, accessibile liberamente al dito esploratore su cui si guida una sonda nel cavo uterino. Rottura delle membrane e scolo abbondante di liquido amniotico. Introduzione di un tubo di Tarnier che si rompe verso le 5, introduzione di un secondo tubo. Nella notte riprendono discretamente valide le contrazioni uterine.

18 settembre. — Ore 6 ant. — Cadde in vagina il tubo di Tarnier. Battito fetale regolare, presentazione del piano laterale sinistro, dorso posteriore, cordone procidente, dilatazione sufficiente per introdurre un sacchetto di Barnes di media gradazione. Alle 10 ant. cadde in vagina il sacchetto, tendenza della spalla ad impegnarsi. Utero abbastanza retratto sul suo contenuto, si svolge il braccio presentato accertando in base ai rapporti da esso offerti, la diagnosi della presentazione della spalla sinistra dorso-posteriore.

Dilatazione di circa 6 cent. Il cercine cicatriziale sopra accennato è rimarchevole per la sua resistenza e congiunto alla retrazione cicatriziale del cellulare peri-uterino si oppone ad una ulteriore dilatazione.

Tali condizioni anatomiche rendono infruttuosi due tentativi di versione tentata in vista della vita del feto. Si pratica alla donna una iniezione ipodermica di 2 cent. di morfina e la si lascia quindi riposare. In questo frattempo il battito fetale va rallentandosi e quindi cessa. Alla 1 pom. condizioni locali immutate, si procede alla libera-

zione della donna mediante l'embriotomia, l'uncino di Braun rompe la colonna cervicale, l'uncino acuto impiantato sul tronco riesce ad estrarlo attraverso la filiera rappresentata dal canale cervicale rigido inestensibile: uncinata anche la testa, la si estrae.

Si pratica una diligente e prolungata irrigazione fenica e quindi si applica sul collo un batuffolo di cotone imbevuto di una soluzione di percloruro di ferro allo scopo d'infrenare una emorragia da esso proveniente.

Secondamento mediante la spremitura.

Annessi normali del peso di gr. 400. Feto di sesso femminile del peso di gr. 2020, lunghezza 46,4 (24,5-21,9). Bp. 80.

Puerperio. — 18 settembre. — Applicazione di vescica di ghiaccio a permanenza.

Alla sera: Temp. 38,5. Pol. 104. Resp. 28

19 settembre. — Alla mattina:

Temp. 37. P. 108. Resp. 32

Riposò e dormì parte della notte: verso il mattino la donna si fa inquieta, i tratti della fisonomia si fanno scomposti, insorge il vomito, si pronuncia e si accentua il meteorismo. Alle 3 pom. T. 40,2, P. 120. Verso sera tutti i fenomeni si aggravano e la donna soccombe nella notte stessa.

Autopsia dopo 36 ore.

Peritonite ad essudato purulento, usura dell'utero infundibuliforme colla base verso il promontorio e l'apice del diametro di un centesimo verso il cavo uterino. Essa è situata qualche linea al disopra dell'orificio esterno e in vicinanza di essa si diparte un'altra lacerazione dentata da sinistra a destra verso l'orificio esterno a margini non scollati tenuti aderenti alle parti sottostanti dalla retrazione cicatriziale del cellulare peri-uterino.

Osservazione 3ª — N. 196 - Anno 1878 — Pluripara - pelvi normale - presentazione del piano laterale sinistro D. A. - morte del feto - eviscerazione - versione forzata previa brachiotomia - madre salva.

Donna d'abito regolare, di costituzione buona, attendente alla casa, d'anni 32, entra nell'Ospizio il 19 agosto in travaglio. IIIpara, le altre due gravidanze furono condotte a termine con parti spontanei seguiti da

puerperi fisiologici. Entrava in clinica alle 2 ant. del giorno indicato; al momento dell'ingresso la donna presentava uno stato febbrile pronunciato, aveva già avuto due brividi a domicilio, aveva cefalea viva, abbattimento notevole, ed un dolore vivo lungo l'arto addominale destro che non le permetteva di camminare. Le urine sono acide, senza albumina del P. S. 1018. Il travaglio era iniziatosi colla rottura delle membrane il 17 agosto alle 9 ant., con scolo abbondante di liquido amniotico; a domicilio il medico aveva tentato invano a diverse riprese di liberarla; non consta che abbia preso segale cornuta: nel momento dell'ingresso si constata l'utero alquanto addossato al feto che si trova in presentazione di spalla sinistra, dorso anteriore, braccio non procidente. Il moncone della spalla è centralizzato, il collo uterino è teso su di esso formando una specie di imbuto rigido, il segmento inferiore non è espanso, l'orificio interno è poco dilatato (4 $^1/_2$ ctm.) ad un dipresso come l'esterno che pare abbia consistenza fibrosa; non si sente il battito cardiaco fetale. Temp. 38,8. Bagno tiepido generale: alle 6 antim., nuovo brivido per cui si delibera di passare alla liberazione.

Introdotta la mano in vagina si svolge il braccio, producendo una frattura dell'omero all'atto dell' estrazione: facendo trazioni sull'arto abbassato, il collo si abbassa poco e non si può penetrare in cavità per guidare l' uncino decollatore su di esso; per cui si procede all'eviscerazione, impiantando il craniotomo di Blot nel cavo ascellare; in questo frattempo le parti molli dell' arto a livello della frattura omerale si rompono, l'uncino decollatore portato in alto afferra il moncone della spalla e lo esporta (con la scapola e clavicola): allora si decide di attendere che la dilatazione progredisca, e per vedere se vuol succedere l'evoluzione spontanea. Utero silente, collo sempre rigido e riformato, si pratica una doccia.

Alle 3 pom. nuovo brivido. Temp. 40; collo nelle stesse condizioni. Considerando lo stato grave della donna, e ritenuta vana l'attesa, si procede alla liberazione. Si tenta la versione forzata che si spera facilitata dalla distruzione della spalla e dall'exenterismo: non riescendo quella, si ha in pronto il forcipe sega per la derotomia. Si supera con difficoltà la bocca uterina, si sente l'orificio interno teso sulla mano che progredisce in alto, e superato quello si arriva sul ginocchio che si tira in basso.

Evoluzione facile, estrazione del tronco pure facile: al momento di estrarre la testa, il collo rifatto e non abbastanza dilatato si oppone al suo disimpegno come un cercine teso e rigido; nelle tirate il muso

di tinca appare alla vulva: a poco a poco giovandosi anche della spremitura, la testa si libera lacerando però la porzione vaginale del collo a sinistra e parte della sopra vaginale ma in modo incompleto.

Lieve emorragia dopo il secondamento dai bordi dell'orificio lacerato, irrigazione endo-uterina fenica ghiacciata, batuffolo di cotone imbevuto di percloruro di ferro sul collo uterino, ghiaccio in permanenza all'addome.

Dopo il parto Temp. 40,2. Polso 120, forte e resistente.

Feto di sesso femminile macerato in grado leggero, del peso di grm. 3050, lungo 48 (25-23).

Il puerperio fu morboso per lieve parametrite sinistra, fu febbrile nelle due prime settimane ma la temperatura raggiunse una sol volta l'elevazione di 39,9. La donna venne dimessa guarita in 25ª giornata di puerperio.

Finora abbiamo esposto la storia della presentazione della spalla in tutti i suoi episodii, dal parto spontaneo alle operazioni embriotomiche più gravi e complesse. Facciamo ora il bilancio clinico di detta presentazione quale risulta dalle osservazioni riportate. Esso ci viene offerto dal seguente quadro:

Present.	Posiz.	Numero dei parti	Pelvi	Modo di terminazione	Feto	Madre
Sp. S.	D. P.	IIIpara	normale	versione	maturo vivo	salva
Sp. D.	D. A.	IIIpara	rachitica C. V. 84	»	prematuro morto	»
Sp. S.	D. A.	Ipara	rachitica	»	maturo morto	»
Sp. D.	D. P.	Ipara	normale	versione bipolare	prematuro asfittico	»
Sp. S.	D. A.	Ipara	rachitica C. V. 76	versione	prematuro morto	»
Sp. S.	D. A.	IIpara	normale	»	prematuro morto	»

Present.	Posiz.	Numero dei parti	Pelvi	Modo di terminazione	Feto	Madre
Sp. D.	D. P.	IVpara	normale	versione	prematuro morto	salva
Sp. S.	D. P.	Vpara	»	»	prematuro vivo	»
Sp. D.	D. A	IIpara	»	»	maturo vivo	mort.
Sp. S.	D. P.	Ipara	rachitica C. V. 80	»	prematuro premorto	»
Sp. D.	D. A.	Ipara	rachitica univ. ristr. C. D. 79	»	»	salva
Sp. S.	D. A.	Ipara	piatta rach. C D. 100	versione bipolare	prematuro vivo	»
Sp. S.	D. P.	Ipara	normale	eclampsia versione	morto	mort.
Sp. D.	D. P.	IIIpara	»	versione	maturo vivo	salva
Sp. S.	D. A.	IIpara	piatta C. V. 85-90	»	prematuro morto	»
Sp. S.	D. A.	IIpara	rachitica C. V. 72	»	»	»
Sp. D.	D. A.	pluripar.	osteomalacia	»	prematuro morto 1 ora dopo il parto	»
Sp. D.	D. P.	XIpara	normale	»	maturo morto	mort.
Sp. D.	D. A.	IIpara	»	rott. d'utero versione	prematuro morto	»
Sp. S.	D. A.	IIIpara	rachitica	versione	prematuro vivo	salva

Present.	Posiz.	Numero dei parti	Pelvi	Modo di terminazione	Feto	Madre
Sp. D.	D. P.	IIpara	piatta rach. C. V. 75	versione	prematuro morto	salva
Sp. D.	D. A.	IVpara	piatta rach. C. D. 95	»	maturo vivo	»
Sp. S.	D. A.	VIpara	normale	»	»	»
Sp. D.	D. P.	Vpara	piatta rach. C. V. 80-85	»	prematuro vivo	»
Sp. S.	—	IIpara	normale	evoluzione spontanea	prematuro morto	»
Sp. S.	D. A.	XIIpara	»	»	maturo morto	»
Sp. S.	D. P.	VIpara	»	»	prematuro morto	»
Sp. D.	—	IIpara	»	»	»	»
Sp. S.	D. P.	IIIpara	»	»	»	»
Sp. S.	D. P	IXpara	»	»	»	»
Sp. S.	D. A.	IIpara	»	»	»	»
Sp. S.	—	IVpara	»	evol. spont. avviata	maturo morto	morta prima di sgravarsi
Sp. S.	D. P.	VIIpara	»	evoluz. artificiale strumentale	maturo	salva
Sp. S.	D. A.	VIIIpara	»	»	»	»

Present.	Posiz.	Numero dei parti	Pelvi	Modo di terminazione	Feto	Madre
Sp. S.	D. A.	IIIpara	normale	Evoluz. artif. strumentale	maturo	salva
Sp. S.	D. A.	Ipara	piatta rach. C. D. 87	» indi craniotomia a testa posteriore al tronco coll' uncino acuto.	prematuro	»
Sp. S.	D. A.	Ipara	normale	Evoluz. artif. strumentale	»	»
Sp. D.	D. P.	Vpara	»	»	»	»
Sp. S.	D. P.	IVpara	»	decollazione	»	»
Sp. D.	D. A.	Xpara	»	rott. d' utero decollazione	maturo	»
Sp. S.	D. A.	IIpara	»	decollazione	»	mort.
Sp. S.	D. P.	VIpara	»	»	»	»
Sp. S.	D. P.	Vpara	»	»	prematuro	salva
Sp. S.	D. P.	VIIpara	»	»	maturo	mort.
Sp. S.	D. P.	Xpara	»	»	prematuro	salva
Sp. S.	D. A.	Vpara	piatta	eviscerazione versione	»	mort.
Sp. S.	D. P.	IIIpara	piatta rachitica	embriotomia complessa	»	»
Sp. S.	D. A.	IIIpara	normale	eviscerام.° brachiotomia versione	maturo	salva

Il lettore percorrendo questo quadro può trarne agevolmente le conclusioni riguardo ai risultati generali avuti nella presentazione della spalla, vuoi riguardo al feto, vuoi riguardo alla madre. Prescindendo dalla mortalità del feto, resa molto elevata dal gran numero di operazioni embriotomiche, la mortalità complessiva della madre fu del 22. 91 %, ma di questa mortalità quanta parte spetti alla presentazione viziosa, quanta alle accidentali complicanze morbose, quanta all'imperizia di coloro, chiamati prima a correggerla, potrà giudicare chi ha percorso anche con occhio rapido le osservazioni cliniche esposte. Che se noi teniamo calcolo soltanto delle operazioni embriotomiche sul tronco allora noi abbiamo una mortalità del 31, 75 %, mortalità non gravissima quando si pensi alla gravità dei casi in cui detti atti operativi vennero compiuti, che si approssima molto a quella data nel recente lavoro di Pawlick, in cui riporta una nuova serie di decollazioni praticate coll'uncino di Braun nella Clinica Viennese. Sopra 28 casi si ebbero infatti 9 donne morte, il che dà una mortalità del 32. 14 %. E qui per finire mi sia lecito a titolo di confronto additare la grande frequenza nel nostro Ospizio delle presentazioni di spalla trascurate (16, non comprendendo i casi di evoluzione spontanea di cui alcuni dovrebbero essere computati) sopra 1500 parti circa, mentre dal detto lavoro di Pawlick rilevo essersene osservati 27 sopra 71,037 parti.

VI.

APPENDICE

Rivolgimento nelle presentazioni del vertice.

Osservazione 1ª — N. 316. - Anno 1876. — Pluripara - Bacino piatto (C. V. 80 mm.) - Vertice allo stretto superiore - Rivolgimento (1).

Donna di robusta costituzione, entrava nell'Ospizio il 12 dicembre 1876. Le estremità inferiori sono alquanto contorte per esagerazione della curva normale di femori. È alta metri 1.47 ctm., non sa dare alcune informazioni sulla sua infanzia, sa però che venne sottoposta a lavori faticosi. Nel 1869 ebbe una prima gravidanza gemella ed i due feti macerati furono estratti col rivolgimento. Nel 1872 una seconda gravidanza a termine richiese la craniotomia ed il forcipe; una terza gravidanza nel 1874 l'obbligava a ricorrere all'Ospizio ove il parto provocato nel nono mese, si terminava colla espulsione spontanea e facile di un feto macerato morto nelle prime ore del travaglio, del peso di 2630 grm, con un B. p. di 80 m.º e B. m.º di 70 mill.

Chi desiderasse maggiori ragguagli su questo fatto clinico può consultare il Rendiconto del Dott. Chiarleoni (2).

L'esame della donna ci lasciava bensì sospettare che avesse sofferto la rachitide, ma non ci permetteva di asserirlo in modo esclusivo. Difatti il capo ben proporzionato, i denti impiantati regolarmente, senza strie trasversali, le epifisi delle ossa lunghe non ingrossate, la colonna vertebrale non deviata, il torace ben conformato, erano tali caratteri da lasciarci dubbiosi. La sola esagerazione della curva normale dei femori stava ad indicarci una deviazione scheletrica dipendente da soverchia pressione in un tempo della vita, in cui le ossa erano an-

(1) Questa storia venne riferita dal Dott. Alessandro Cuzzi, allora Medico 2º Assistente. *Gazzetta delle Cliniche di Torino,* 1877.

(2) Chiarleoni. Il biennio 1873-74. Parte I, pag. 72.

cora cedevoli ed alquanto flessibili. Il bacino col promontorio alquanto abbassato, colla curva longitudinale del sacro un po' esagerata, presentava la forma appiattita e la C. V. dedotta dalla C. D. venne valutata di 80 mill.

Se adunque si ebbe un processo rachitico, desso certamente dovette essere singolarmente mite e serotino.

L'ultima menstruazione indicava il termine della gravidanza pel 14 dicembre; il fondo dell'utero si trovava nella zona media sopra-ombellicale, in leggera anti-versione ed obliquità laterale destra; il collo uterino interamente rammollato e pervio al dito esploratore; la palpazione esterna riconosceva un feto di sviluppo pressochè completo.

Il travaglio esordisce nelle ore pom. del 17 dicembre, in modo lento, irregolare; la notte dal 17 al 18 disturbata da pochi dolori, e la donna può dormire. Nella giornata del 18 le contrazioni continuano lente, irregolari, di breve durata; lo stato generale della partoriente è buono; non aumento della termogenesi e nel polso, l'addome trattabile e indolente, i genitali esterni normali, vagina umida, non calda: il collo interamente scomparso, dilatato di circa 2 ctm., si trova portato indietro ed a sinistra, il segmento inferiore dell'utero, ancora alquanto spesso, le membrane rotte in alto, lasciano sentire attraverso al loro spessore il vertice mobile sullo stretto superiore. Non si arriva a fare la diagnosi della posizione, però il battito cardiaco è nel quadrante inferiore sinistro, le piccole parti fetali colla palpazione si sentono in alto ed a destra dove appunto la donna dice essere più forti i moti attivi del feto. Le urine estratte col catetere sono senza albumina.

La notte del 18 al 19 fu alquanto insonne; al mattino del 19 la dilatazione è di 4 ctm.: l'orificio è centralizzato, ma le contrazioni sono ancora brevi ed irregolari.

Alle 3 pom. la dilatazione è completa ed il sacco amniotico, malgrado la rottura avvenuta in alto, si è potuto formare: il vertice è ancora mobile sullo stretto superiore in posizione O. I. D. P.

Si decide di intervenire col rivolgimento: la donna veniva coricata sul fianco sinistro coll'estremo podalico sporgente sul bordo del letto e le coscie modicamente flesse sull'addome. Il Professore mi incaricava di eseguire l'atto operativo, che compievo abbastanza facilmente introducendo la mano sinistra per andare ad afferrare il piede sinistro in alto ed a sinistra.

Mentre la mano era circa a metà della sua corsa ascendente nella camera uterina insorse una robusta contrazione durante la quale sospesi ogni manovra; afferrato il piede l'evoluzione si potè fare facil-

mente. In tal modo si ottenne una presentazione podalica in S. I. S. A.; l'estrazione del tronco fu facile, mentre invece laboriosa fu la liberazione del capo. Inforcate le spalle del feto colla mano destra, colla sinistra uncinai la mandibola inferiore, e le mie trazioni furono ajutate da una valida pressione all'epigastrio che cercava di far sgusciare il capo fetale attraverso la pelvica stenosi. — Finalmente dopo circa 3 minuti di forti e sostenute trazioni si riusciva a compiere il parto. Il feto, di sesso femminile, pesava 3270 grm., lungo 0,51, con un Bp. di 96 ed un Bm⁰ di 85; gravemente asfittico si potè rianimare coi soliti mezzi.

Il puerperio fu morboso per febbre traumatica; e la donna abbandonava l'Ospizio in 5ª giornata.

Osservazione 2ª — N. 146 - Anno 1877. — Pluripara - Pelvi piatta, atrofica, non rachitica. - C. V. 77 mm. - Parto provocato col metodo Krause nella seconda metà dell' 8° mese. - Funicolo procidente, riposto e ricaduto. - Versione col processo di Braxton Hicks. - Feto morto. - Donna salva. — (Vedi *Parto prematuro provocato*).

Osservazione 3ª — N. 230 - Anno 1877. — IIpara. - Pelvi atrofica universalmente ristretta. - C. V. 74 mm. - Parto provocato alla fine del 7° mese col tubo Tarnier. - Procidenza del cordone e del gomito destro con presentazione del vertice. - Rivolgimento. - Rottura dell' utero. - Morte del feto e della madre.

Donna rachitica, di costituzione gracile, d' anni 33, di professione servente, entra nell'Ospizio il 10 settembre. Ebbe un'altra gravidanza interrotta artificialmente verso la metà dell'8° mese (V. N. 82 - Anno 1875), con successiva applicazione di forcipe. Ebbe l' ultimo tributo mensile il 13 di gennaio, per cui il termine dell'attuale gravidanza è indicata dal calendario pel 20 ottobre. C. D. 84. C. V. calcolata in 74 mm. Si procede tosto alla provocazione del parto col metodo di Krause il 14 settembre. Trenta ore dopo l'introduzione della siringa, dilatazione della bocca uterina a 7 ctm.; membrane tese, resistenti, presentazione di vertice mobile sul distretto superiore, contrazioni incalzanti; la donna però già qualche ora prima ebbe un brivido seguito da una

elevazione termica di 38,6. Si procede alla puntura delle membrane allo scopo di fissar meglio la testa, ma il fiotto del liquido amniotico trascina seco un'ansa di funicolo regolarmente pulsante ed il gomito destro. Colla mano si riduce gomito e funicolo, ma questo si fa di nuovo procidente. Nuovo tentativo di riduzione colla sonda ma senza risultato. In questo frattempo il battito cardiaco si fa irregolare, per cui si procede alla versione.

L'introduzione della mano riesce alquanto laboriosa e difficile l'evoluzione fetale, durante la quale si avverte un lieve rumore di scroscio. Durante l'estrazione le braccia si sollevano ai lati del capo; frattura dell'omero sinistro nel disimpegnare l'arto corrispondente. Estrazione del capo difficile mediante trazioni sulle spalle e sulla mandibola inferiore. Il feto di sesso femminile nasce morto. Peso 2110 grm. Lunghezza 48 (25·23).

Diametri fetali:	M. O.	113
	Fr. O.	98
	Bp.	80
	S. O. Br.	87
	S. O. Fr.	90
	S. O. M.	70
	Bimast.	65
	M. Br.	95
	M. Fr.	70
	Tr. Fr.	70
	Trach. Br.	100
	Trach. O.	95
	Bis. Acrom.	105
	Stern. Dors.	85
	Sacr. Pub.	45
	Bitroc.	80

Autopsia del bambino. — Venne eseguita 23 ore dopo la nascita. Rigidità cadaverica scomparsa al tronco, persistente agli arti inferiori. Lesioni ossee molteplici, fratture a becco di flauto dell'omero sinistro, disgiungimento della colonna vertebrale fra la 5ª e la 6ª cervicale, frattura lineare della squamma sinistra dell'occipitale: integri gli involucri cerebrali, nessun focolaio apoplettico nella polpa cerebrale, midollo spinale lacerato in totalità, polmoni nerastri, ricchi di sangue

con ecchimosi, cuore normale con ecchimosi sotto-pericardiche parietali e viscerali. Nel resto nulla di notevole.

Secondamento 15 minuti dopo mediante la spremitura. - Annessi normali del peso di grm. 450.

Vicende del puerperio: 16 settembre.

Al mattino Temp. 37,5. P. 116. R. 24.
Alla sera » 37,6. P. 120 R. 24.

Alla sera del giorno antecedente vivo dolore all'utero, vescica di ghiaccio sul ventre: 200 grm. di vino di Marsala con 5 grm. di laudano. Al mattino condizioni generali buone, fisionomia composta, ventre piatto trattabile.

17 settembre Al mattino Temp. 39. P. 140. R. 24.
» Alla sera » 39,4 P. 146. R. 32.

Dormì pochissimo nella notte, fisionomia composta, ventre meteoritico, teso, dolente alla minima pressione, non ebbe defecazione, si continua col laudano, applicazione di terebentina sul ventre.

18 settembre. Al mattino Temp. 39. P. 148. R. 36.
» Alla sera » 38. P. 164. R. 36.

Non dormì mai nella notte, dolore acuto al lombo destro, lochiazione nerastra, fetentissima, conati di vomito e vomito, ventre sempre teso, dolente, polso piccolissimo.

Nella notte e nel mattino successivo aumentano i fenomeni di collasso e la donna muore il 19 settembre alle 12.30 pom.

Autopsia 24 ore dopo la morte. — Olo-peritonite purulenta, nessuna traccia di sangue nel cavo peritoneale, una fenditura della lunghezza di 10 ctm., sul lato sinistro dell'utero, a bordi laceri, nerastri, mette in ampia comunicazione questo viscere col cavo addominale; essa comincia appena al disopra della inserzione vaginale.

Epicrisi. Peritonite da rottura uterina.

Osservazione 4ª — N. 11 - Anno 1879. — Pluripara - Placenta previa centrale - Presentazione del vertice in O. I. D. P. - Rivolgimento - Feto vivo del peso di grm. 3400 - Morte della madre per flebite delle vene utero-ovariche. — (Vedi *Placenta previa).*

Osservazione 5ª — N. 153 - Anno 1879. — Pluripara - Pelvi normale - Presentazione di vertice con procidenza del funicolo e della mano destra - Rivolgimento - Feto e madre salvi.

Donna d'abito regolare, di robusta costituzione fisica, d'anni 29, di professione contadina, entra in Ospizio, il 1º luglio alle 9 ant. in travaglio. Ebbe antecedentemente sette gravidanze, condotte a termine con parti spontanei, seguiti da puerperii fisiologici. Di media statura presenta pelvi normale. Al momento di suo ingresso trovasi in condizioni generali buone. Il travaglio era iniziatosi alla mattina del giorno antecedente; il liquido amniotico era colato 4 ore prima dell'ingresso della donna in clinica. Col riscontro vaginale si rileva la presentazione del vertice in posizione O. I. D. P., mobile allo stretto superiore con procidenza del funicolo tuttora pulsante ed associazione della mano destra. Deciso il rivolgimento la donna venne posta nella posizione classica ed introdotta la mano destra, questa trasse al di fuori il ginocchio destro: l'atto operativo non presentò difficoltà in nessuno de' suoi momenti e si trasse alla luce un feto di sesso maschile vivo, ben conformato del peso di grm. 2750, lungo 49 (26-23). Secondamento mediante la spremitura. Annessi normali del peso di grm. 450.

Il puerperio fu afebbrile, la donna venne dimessa in 9ª giornata dal parto.

Cinque volte fu quindi praticato il rivolgimento nelle presentazioni del vertice, tre volte per procidenza semplice o composta, una volta per placenta previa, una volta infine per stenosi pelvica. Il materiale clinico destinato perciò all'apprezzamento del valore della versione nelle viziature pelviche sarebbe molto scarso, ove noi non tenessimo calcolo anche delle osservazioni in cui o la estrazione sola o la versione seguita dalla estrazione, vennero

praticate non in virtù della stenosi, nè di qualche accidente complicante questa, quale, minaccia di asfissia fetale, procidenza, placenta previa, presentazioni viziose. Tutte queste osservazioni presentano infatti comune il quesito, che risguarda l'estrazione del capo posteriore al tronco, il momento più importante dell'estrazione e quello su cui si aggirano le discussioni che hanno per scopo di sciogliere, non solo nel campo sperimentale ma anche nel campo clinico la questione che da tanto tempo si dibatte tra *forcipisti* e *versionisti* nelle stenosi pelviche. Siccome per altro non sarebbe ancora concessa al lettore la possibilità dei confronti coi risultati avuti col forcipe nelle stenosi pelviche, e siccome d'altra parte la questione si è venuta alquanto complicando, volendo molti trovare nel parto prematuro un campo favorevole per la versione, considerata come complemento di esso, così è al capitolo forcipe che tale discussione troverà la sua sede naturale.

Solo aggiungerò qui alcune parole sul tecnicismo seguito dalla scuola nella versione nei casi di presentazione dell'ovoide cefalico, che è quello seguito comunemente e basato sulla scelta della mano omonima al lato della pelvi cui è rivolto l'occipite od il fronte secondochè la testa è flessa e deflessa. Questo precetto che ha per conseguenza di far volgere la faccia palmare della mano operatrice verso il piano anteriore del feto lo crediamo tanto più di rigore, quando si dubitasse di avere qualche difficoltà a superare.

Tale breve cenno sarebbe stato per avventura inutile, se recentemente ed in lavoro italiano non avessi visto dare un precetto opposto, di scegliere cioè la mano di nome opposto al lato della pelvi occupato dall'occipite o dal fronte, ponendo la donna sul fianco pure di nome opposto, colla necessaria conseguenza o di seguire il dorso del feto, o di volgere il dorso della mano al piano anteriore del feto, oppure di mettere la mano in una forzata pronazione. Se nelle presentazioni della spalla si può sino ad un certo punto prescindere da una rigorosa scelta della mano alla quale per altro Baudelocque attribuiva i suoi brillanti risultati, non mi pare che possa farsene getto nelle presentazioni del vertice. Ammetto tanta importanza alla scelta della mano nelle presentazioni dell'ovoide cefalico, che, nei casi in cui, per sbaglio di diagnosi, si introducesse una mano che non fosse indicata, e non si credesse opportuno di ritirarla onde introdurre l'altra per cause speciali insite nel canale vulvo-vaginale, stimerei conveniente di attenermi alla manovra suggerita e messa in pratica

con buon esito da Kaltenbach, di imprimere al capo un movimento di rotazione (qualora questo sia possibile), talchè la faccia palmare della mano introdotta venisse a trovarsi rivolta verso il piano anteriore del feto.

Come epilogo naturale di questo capitolo e di quello antecedente mi resterebbe a tener brevemente parola dei casi in cui la testa restò sola nel cavo uterino e dei mezzi impiegati per estrarla. Ciò può avvenire in due serie di casi: o il tronco cioè cede ai traimenti che noi esercitiamo su di esso, ovvero noi separiamo deliberatamente il capo dal tronco quando pratichiamo la decollazione.

Nella prima serie di casi non è voluto, nella seconda è voluto, e per quanto l'effetto finale sia lo stesso, tale distinzione ci porterebbe allo studio del modo con cui avviene tale distacco ed alla discussione dei mezzi più acconci per evitarlo nella prima serie dei casi, poichè non v' ha dubbio che col distacco del tronco noi ci priviamo di un mezzo traente ed il nostro intervento viene a farsi più complicato e difficile, dovendo procedere alla estrazione della testa rimasta libera nel cavo uterino.

Ma poichè su tale argomento dovrò necessariamente parlare nel capitolo dedicato al parto prematuro, nel discutere il valore dell' associazione della versione alla provocazione del parto, così, delle lesioni fetali facili ad aversi nella estrazione della testa posteriore al tronco terrò parola allora onde evitare inutili ripetizioni.

(*Continua*).

IL FORCIPE TARNIER - SUO ESITO IN TRE CASI DIFFICILI PUERPERII INTERESSANTI PER DIVERSE QUESTIONI

DEL

Dott. EMILIO FASOLA

Medico-Assistente nel R. Istituto Ostetrico di Parma

Tolgo dal *Centralblatt für Gynaekologie,* N. 4, anno 1881, che anche Braun sperimentò il forcipe Tarnier; Braun riporta undici casi trattati parte da lui e parte dal suo assistente, dai quali trae le conclusioni che riproduco qui da una compilazione del suddetto giornale, che cioè il nuovo forcipe nelle mani di un operatore prudente può essere usato vantaggiosamente quando la testa si mantiene elevata e quando non vi sieno grandi sproporzioni fra testa e bacino, perchè con esso si risparmia forza di trazione e la testa può venire prontamente estratta; ma che per i meno esercitati è discretamente pericoloso perchè questi sono facilmente indotti ad impiegare una forza troppo grande che può tornare dannosa alla madre e al feto: soggiunge poi che il nuovo strumento è poco adatto ai principianti, perchè l'introduzione delle branche e tutto il maneggio di esso presenta delle difficoltà.

Le conclusioni di Braun forniscono un nuovo attestato in favore del forcipe Tarnier, e quello che egli vorrebbe segnare come inconveniente può contare piuttosto fra i suoi vantaggi: il risparmio di forza permette all'operatore maggior agio per osservare e custodire il perineo e per seguire con attenzione ogni momento dell'atto operativo: non mi pare beneficio di poco valore. Ebbi già occasione di parlare dell'applicazione delle branche (*Indipendente,* 1880, 15 ottobre) la quale non differisce da quella del forcipe comune; e, del resto, che esso richieda un maneggio particolare è vero, ma non è suo privilegio, ed è anche vero che

l'applicazione del forcipe comune è soggetta a leggi determinate la cui osservanza non è meno gravosa: egli è appunto per questo che dovrebbe essere consigliato di preferenza ai principianti, i quali col medesimo lavoro possono formare la loro pratica sopra uno strumento superiore al forcipe classico di Levret per tante ragioni, e di cui è meno pericoloso nelle mani di un operatore poco esperto.

Alla prima prova, la cui fallita ho riportato altra volta nell'*Indipendente* di Torino, Charpentier faceva seguire una serie di esperimenti che furono tutti coronati dai migliori successi; per cui l'autorevole operatore che dapprima era così poco disposto in favore di quel forcipe, ora si schiera fra i suoi più convinti sostenitori. Aderisco volontieri al desiderio del mio egregio maestro e riporto con piacere l'esito de' suoi esperimenti, tanto più che porterebbero alla stessa conclusione tre casi osservati nella Clinica del Prof. Calderini, casi che possono interessare anche sotto altri aspetti, cui accennerò per richiamarvi un'altra volta l'attenzione degli studiosi, e per fornire qualche fatto clinico di più al materiale scientifico, che, per quanto ricco, non soddisfa ancora abbastanza alle esigenze della scienza.

Osservazione I.ª

Il 14 novembre ultimo scorso entrava in Clinica una donna di 25 anni, di bassa statura, di buona costituzione, di abito apparentemente regolare, fatta astrazione d'una leggiera esagerazione della curva femorale: gravida per la prima volta e verso la fine dell'ottavo mese di gravidanza, con feto vivo e sano in presentazione di vertice mobile allo stretto superiore ed in posizione O. I. S. A.

È donna di montagna ed afferma che ancora bambina fu sottoposta a lavori faticosi; nulla più sa ricordare della sua infanzia. All'esame si trova bacino piatto totalmente e irregolarmente ristretto, di cui la C. V. misurava 9 ctm.

Si formola un prognostico riservato riguardo la possibilità di parto spontaneo a termine, e si crede conveniente l'aspettazione, salvo ad intervenire all'occorrenza nel soprapparto.

Poco più di un mese dopo, il 16 dicembre, si ebbe rottura precoce delle membrane con scolo di poco liquido ammiotico frammisto a notevole quantità di urina che la donna perdeva con-

temporaneamente e involontariamente; 24 ore dopo la rottura delle membrane, il 17 dicembre, alle ore 12 mer., essa entrava in travaglio. In questo punto si trova: collo dilatato di un centimetro a margini spessi e resistenti; attraverso al collo le membrane leggermente tese, il che prova che la rottura dev'essersi fatta in alto; testa allo stretto superiore, mobile, in posizione O. I. D. T.; battito fetale regolare, sentito a destra e un po' in alto; contrazioni regolari, a brevi intervalli, accompagnate da scolo di poche acque

Le contrazioni per quanto sostenute e dolorose, non riuscivano a modificare di molto il collo uterino, che alle ore 12 pom. dello stesso giorno non era più dilatato di 2 ctm. A quest'ora si trovava ancora la testa allo stretto superiore, il battito fetale frequente, ma alquanto irregolare; la donna, presa da vomiti ripetuti, assai sofferente. Si somministrano 3 grammi di cloralio nella speranza di calmare le sofferenze senza interrompere il travaglio, e si pratica una doccia uterina della durata di un quarto d'ora, allo scopo di vincere la resistenza del collo: poco effetto si ebbe dal cloralio; migliore invece dalla doccia; le contrazioni si susseguivano sempre forti e molto dolorose, ed il collo si prestava meglio alla dilatazione; i battiti fetali richiamavano sempre più l'attenzione. Alle ore 7 ½ del mattino seguente, 18 dicembre, il collo era dilatato di circa 6 ctm. e cedevole: le membrane si erano lacerate largamente; la testa era ancora allo stretto superiore, fissa, in posizione O. I. D. T.; il battito fetale si rallentava continuamente, scendeva al disotto di 100, poi a 60, ed a questo punto il Prof. Calderini determina un pronto intervento e mi incarica di applicare il forcipe Tarnier. — L'applicazione delle branche è facile; articolo lo strumento e mi metto a tirare. La testa fissa allo stretto superiore oppone forte resistenza e mi obbliga a vigorose trazioni: riesce infine a sorpassare lo stretto e scende nello scavo; continuo le trazioni e la testa progredisce lentamente; ad un dato punto testa e forcipe descrivono spontaneamente, senza l'aiuto di manovra speciale, un movimento di rotazione da destra a sinistra, per cui l'occipite si mette sotto al pube: si compie il moto di estensione e la testa esce; tolgo il forcipe e termino tostoilparto. L'operazione durò 12 m.: il feto nasce semiasfittico, e viene rianimato dopo mezz'ora circa, e vive tuttora; maschio, pesa 3450 grammi; ha testa grossa, per nulla cedevole; sulla testa le impronte del forcipe sono nette: l'una sulla bozza

frontale sinistra e l'altra sulla bozza parietale destra, l'applicazione era stata un po' obliqua.

Secondamento naturale e facile: il perineo conservato intatto, come anche la forchetta; si ebbero lacerazioni all'orificio vaginale, di cui una semilunare, in senso trasversale, all'indietro della forchetta, di circa un cent. e mezzo di lunghezza; e due che dagli estremi di questa si portano in alto e lateralmente sulla vagina, per un tratto di 3 cent., nel loro insieme presentano la forma di un V aperto in alto verso il collo uterino e chiuso in basso con apice arrotondato.

Il Prof. Calderini procedeva alla cucitura delle lacerazioni per ottemperare alla pratica che egli ha intrapreso da qualche tempo a titolo di esperimento, pratica che sembra dare buoni risultati.

Il puerperio morboso avuto in questa donna non è meno interessante del parto strumentale, e ne dirò a parte e insieme al puerperio degli altri due casi clinici; prima però di passare a questi mi si permetta una breve digressione.

La posizione O. I. S. A. constatata in modo certo un mese prima, si era cambiata in O. I. D. T.: niente di straordinario quando si pensi che la testa in tutto quel tempo erasi mantenuta mobile allo stretto superiore. Per un esame praticato poco prima che si dichiarasse il travaglio, posso precisare meglio la cosa, e dire che il cambiamento di posizione è avvenuto solo poche ore prima del soprapparto, quando contrazioni indolore si susseguivano con certa frequenza, e quando la testa avrebbe dovuto tendere piuttosto a fissarsi che a ruotare.

Questo mi ricorda un'osservazione fatta nella Clinica di Depaul mentre stavo ad assistere un parto con M. Budin. Si trattava di una donna in travaglio da qualche ora con feto sano, in presentazione di vertice nello scavo; alla prima esplorazione M. Budin trovava posizione O. I. S. P.; posizione rara, annuncia egli, se non che ad una seconda esplorazione è costretto a modificare il suo giudizio; si aveva posizione O. I. S. A. Ad una terza esplorazione di nuovo altre condizioni, la presentazione facile a conoscersi era in posizione O. I. D. P. Non gli era più permesso di riporre esclusivamente a carico della propria inavvertenza l'erroneità delle diagnosi annunciate, e messo in sospetto mantiene il dito di contro la presentazione fino al sopravvenire di una nuova contrazione, al principiare della quale egli sente distintamente la testa che ruota sotto al suo dito, portando di nuovo

l'occipite a sinistra, nella qual posizione si termina il parto. Si aveva là un bacino eccessivamente ampio, e la testa era libera di muoversi nello scavo allo stesso modo che nel caso nostro si manteneva libera e mobile allo stretto superiore.

Fatto ancora più straordinario: un cambiamento di presentazione durante il travaglio. La notte del 10 marzo 1881 ero domandato d'urgenza in un paesello vicino a Parma presso una donna in travaglio, con feto morto in presentazione podalica e piede procidente e visibile ai genitali esterni, sul quale si erano fatte inopportune trazioni, mentre l'orificio uterino poco dilatato si addattava ancora perfettamente all'arto procidente. Si aveva vizio pelvico notevole (C. V. 7 ½ ctm.) e la gravidanza era giunta appena all'8° mese. La donna era alquanto spossata, le contrazioni frequenti, ma poco valide, e nell'impossibilità di trattenermi più a lungo in attesa del momento opportuno per l'intervento e nella speranza di poter operare in condizioni più favorevoli per riguardo alla comodità e al metodo antisettico, dietro avviso del Prof. Calderini si fece trasportare la paziente nella Clinica ostetrica. Là fu messa a letto e lasciata tranquilla per un certo tempo sotto l'assistenza di una levatrice dello stabilimento; per riguardi speciali non fu esplorata dopo il trasporto, e nel momento che si stava apparecchiando per un intervento appropriato la donna destata da uno stato di torpore è presa da forti contrazioni espulsive; all'esplorazione non si trova più l'arto procidente; la testa era impegnata nello scavo, la dilatazione quasi completa, e in meno di 15 minuti avvenne il parto pel vertice naturale facile di feto morto. — Lungo il viaggio in vettura la donna aveva avvertito e si lamentava di movimenti molto pronunciati al ventre e alla vagina; si era fatta allora la versione cefalica spontanea, favorita dalla immaturità, dalla morte del feto e dalle scosse della vettura.

Osservazione II.ª

Donna di 20 anni contadina, di abito regolare, di buona costituzione, di statura media, con bacino piatto la cui coniugata vera misura ctm. 8 ½; primipara e presso al termine di gravidanza, con feto vivo, sano, in presentazione di vertice, in posizione O. I. S. A., mobile allo stretto superiore fino al dichiararsi del travaglio, che fu il 13 gennaio dell'anno corrente, pochi giorni dopo la sua entrata in questa Clinica.

Il travaglio cominciava ad un'ora dopo mezzanotte (13 gennaio), alle 7 antim. avveniva la rottura spontanea delle membrane con scolo di discreta quantità di liquido, ed allora si trovava: collo uterino dilatato di ctm. 6, a margini sottili e cedevoli, testa fissa allo stretto superiore in posizione O. I. S. T., è voluminosa, molto ossificata, e si viene non senza difficoltà a sentire le suture e le fontanelle, il battito è regolare e più accentuato nel quadrante inferiore sinistro.

Le cose procedevano bene per la donna, che sopportava senza gravi sconcerti il lavoro del sopraparto, benchè i dolori molto avvertiti e sempre crescenti in vigore avessero poco effetto pel progresso della presentazione; ma il feto si mostrò meno tollerante; la testa, fissa allo stretto superiore, non poteva descrivere il suo meccanismo; le contrazioni uterine frequenti, robuste e prolungate esercitavano una dannosa influenza sulla circolazione fetale, e verso le ore 3 pom. il feto dava segni evidenti di avanzata sofferenza. Il cuore si contraeva irregolarmente e rallentava le sue pulsazioni: queste scendevano man mano e in pochi istanti fino a 65 al minuto, e per poco si fosse rimandato l'intervento si avrebbe potuto assistere alla morte del nuovo essere.

Cloroformizzata la donna e soddisfatto alle esigenze preparatorie dell'atto operativo, mi accingo ad un'applicazione del forcipe Tarnier. L'applicazione e l'articolazione delle branche riesce molto facile; assicuro la presa girando la vite di compressione sui manici, allontano ed articolo col manubrio le branche a trazione e comincio a tirare. La resistenza che prova la testa allo stretto superiore è notevole, e trazioni fatte con vigore non valgono a vincere l'ostacolo; interrompo le trazioni per dare un altro giro di vite ed assicurare meglio la presa, e quindi le riprendo con energia maggiore, e le prolungo in modo continuo per 5 minuti, ma la testa non si muove. Rallento di nuovo le trazioni, pratico una esplorazione e mi assicuro che lo strumento non cerca di lasciare la presa; sento all'ascoltazione che i battiti fetali si sono rallentati ancora più; ritorno alle trazioni, raddoppio l'energia e infine la testa supera lo stretto e scende nello scavo; continuo a tirare moderatamente e la testa ruota da sinistra verso destra portando l'occipite sotto al pube, e si disimpegna; tolgo lo strumento e finisco l'estrazione che richiede ancora un po' di aiuto per liberare il tronco. L'operazione durò 15 minuti.

Il feto nasce semiasfittico e viene rianimato dopo molte cure; è maschio ed eccessivamente sviluppato, pesa gr. 4250; ha testa grossa, dura, molto ossificata; il diametro biparietale misura ctm. 9 ½, il bimastoideo 8 ¼, il sottocipite bregmatico 10 ½, la grande circonferenza ctm. 38, e 33 la piccola circonferenza. Le impronte lasciate dal forcipe mostrano che l'applicazione è stata un po' obliqua; una delle branche era caduta sulla bozza frontale destra, l'altra sulla regione occipito-parietale sinistra.

Il secondamento si fa in modo naturale e facile; le lacerazioni ai genitali sono di minor estensione di quanto si aveva diritto di attendere in parto così voluminoso. Esse sono tre, e nell'insieme hanno l'aspetto di un Y, di cui le due branche a V partendo dalla forchetta si portano in alto ed ai lati della vagina, la sinistra un po' più estesa della destra misura da 3-4 ctm. di lunghezza; la terza si estende in tutto lo spessore della forchetta. Il Prof. Calderini ne faceva la cucitura.

Osservazione III.ª

Donna di 22 anni, di abito regolare, di statura media, con bacino piatto d'una C. V, di ctm. 8 ½; primipara, a termine di gravidanza con feto vivo, sano, in presentazione di vertice, in posizione O. I. S. A.

Il 22 gennaio ultimo scorso, alle ore 5 ant. entrava in travaglio, e poco tempo dopo si riscontrava: collo dilatato di 1 ctm. con orli un po' spessi e resistenti, membrane integre, presentazione alta, fissa, di vertice in varietà frontale, battito cardiaco frequente, sentito maggiormente sulla linea mediana e un poco elevato.

Alle ore 8 antim. del giorno seguente si rompevano spontaneamente le membrane a dilatazione di circa 5 ctm., e la presentazione erasi fatta di faccia in posizione M. I. D. P. Si lasciarono le cose a sè finchè la donna non diede segni di sofferenza e solo allora il Prof. Calderini interveniva; con una mano introdotta nei genitali ed applicata posteriormente contro al mento, cercò di ruotare il mento in avanti e vi riusciva in parte trasformando la posizione M. P. in M. T. Ma anche in seguito a questa manovra le contrazioni non riuscivano a completare la rotazione e a far progredire la presentazione; la donna presa da vomiti di so-

stanze biliari, era spossata, aveva temperatura un po' al disopra della norma ed un polso frequente; i battiti fetali si facevano irregolari; la dilatazione del collo era completa e in siffatte condizioni si interviene ancora con un' applicazione del forcipe Tarnier.

L'applicazione delle branche è fatta dal professore: la branca destra cadeva sulla parte posteriore del mento, a livello della sinfisi sacro-iliaca destra; la sinistra cadeva sulla volta craniana. Le trazioni sono affidate all' assistente; la rotazione e la discesa sono difficili, per fissare convenientemente la presa si è costretti a girare con forza la vite di pressione, continuate e vigorose pressioni riescono infine a ruotare e ad estrarre la testa. Tolto lo strumento termino il parto.

Il feto nasce in stato di asfissia da cui viene rianimato solo dopo lunghe cure e incompletamente; sulla volta craniana si vede molto profonda l' impronta del cucchiaio, di cui l' estremità rasentava l'angolo posteriore della fontanella bregmatica. La grave lesione prodotta dalla compressione sul cervello fu causa di morte al feto, che avvenne 12 ore dopo la nascita.

Il secondamento si fece spontaneamente; nessun fenomeno particolare per parte della donna; lacerazioni limitate all' ostio vaginale, che vennero riunite con qualche punto di sutura.

Da queste tre prove traggo le seguenti conclusioni per riguardo al forcipe Tarnier, che cioè nel primo caso esso ha potuto spiegare tutti i suoi vantaggi e terminare bene un parto difficile per varie circostanze; che nel secondo si è mostrato superiore al forcipe ordinario, col quale *non sarebbe stato possibile*, come ammette anche il Prof. Calderini, *estrarre un feto vivo;* che nel terzo caso la salda presa non ha per nulla ceduto non ostante la anormale applicazione, e se la forte compressione ha danneggiato al feto, questo dipende dal punto in cui erano cadute le cucchiaia sulla testa, ma non da un difetto dello strumento.

Puerperio della donna di cui si parla nella osservazione prima.

Cistite catarrale, consecutiva nefrite desquammativa ed eclamsia in puerperio — Regime latteo.

Una particolarità che aveva attirata l'attenzione in quella donna già negli ultimi periodi di gravidanza era la presenza di molte mucosità e di cellule pavimentose vescicali nelle urine; un bisogno frequente, benchè non eccessivo, di urinare; un senso di peso alla regione renale; l'urina in quantità un po' maggiore del normale, non conteneva traccia di cilindri, un senso di calore alla regione ipogastrica, dove si avvertiva la vescica alquanto distesa dal contenuto e un po' sensibile, si aveva là una cistite catarrale. Era dessa sorta per propagazione di una irritazione flogistica degli organi vicini, o per diretta irritazione della mucosa vescicale? — Dai reni no; la leggiera iperemia renale non bastava per spiegare in via di causa tale alterazione della vescica, mentre la cistite catarrale bastava invece per spiegare l'iperemia renale. Per propagazione dal basso in alto nemmeno; una leucorrea persistente in questa donna, la uretrite che si era constatata avrebbero potuto cagionare cistite del collo, ma non cistite del corpo. Qui dunque si doveva cercare la ragione in una irritazione diretta della vescica, e si trovava nello stato particolare della donna, per la presenza di una testa fetale allo stretto superiore, la quale per poca quantità di liquido ammiotico si manteneva abbastanza fissa, e poteva esercitare una certa pressione contro le vie urinarie e difficultare quindi la fuoruscita dell'urina. L'accumularsi di urina che distendeva la vescica, l'alterazione stessa dell'urina stagnante in vescica, irritando la mucosa avevano dato luogo ad iperemia, a desquammazione di essa mucosa e alla cistite catarrale.

Un'altra questione da risolvere è questa, come mai nella rottura precoce delle membrane e durante lo scolo di poco liquido ammiotico, si potè avere perdita involontaria di notevole quantità di urina. La retrazione delle pareti uterine susseguita allo scolo del liquido ammiotico, rilasciando alquanto le pareti addo-

minali, permetteva a queste di agire con maggior forza e più direttamente sulla faccia anteriore e sul fondo della vescica, e facilitare quindi la emissione dell'urina. Io però tenderei a mettere questo fenomeno a carico di cambiamenti di rapporto che debbono essere avvenuti al momento della rottura delle membrane, fra la testa fetale e le vie urinarie. Ho notato infatti che nella gravidanza si era constatata presentazione di vertice in posizione sinistra e che in travaglio si era trovato presentazione di vertice in posizione destra; sappiamo inoltre che il cambiamento deve essersi fatto in un momento molto vicino al travaglio; non ripugna l'ammettere che questo sia avvenuto appunto subito dopo la rottura delle membrane. Questa è una semplice supposizione, la quale però acquista valore nel caso speciale. Durante il cambiamento di posizione cessando bruscamente la compressione esercitata dalla presentazione sulle vie urinarie, si apriva la porta all' urina che usciva in abbondanza.

La cistite catarrale aveva preso proporzioni maggiori di quanto aveva creduto, e il parto, avvenuto nel modo che conosciamo, non bastò ad arrestare la malattia. Per non dilungarmi troppo noterò brevemente i fatti più salienti del puerperio di questa donna, ed arrivo tosto al punto principale. — Nei primi 3 giorni dopo il parto impossibilità di urinare spontaneamente; in seguito una parametrite che si potè vincere presto; emissione di urina scarsa in quantità, ricca di elementi epiteliali che facevano uno strato spesso al fondo del vaso; traccia di albumina; dolore alla regione lombare; edema pochissimo pronunciato alle palpebre e alle estremità inferiori. Tutti questi sintomi scomparivano col semplice riposo e colla somministrazione di qualche purgante drastico, ma persisteva il catarro vescicale.

Nel dodicesimo giorno di puerperio eccitati dalle esigenze dello stabilimento, si credette di poter permettere alla donna di alzarsi da letto, e questo fu punto di partenza di gravi conseguenze: passò bene il primo giorno, un po' meno il secondo, male il terzo, in cui è presa da forte dolore alla regione renale, da cefalea, offuscamento della vista, senso di peso all'epigastrio, da edema che in poche ore si fa generale e marcato. L'urina emessa nella giornata è scarsissima, carica di albumina. Si ricorre ai drastici, ma con poco frutto; i sintomi si aggravano sempre più, e 24 ore dopo il loro esordire si manifesta un accesso di eclamsia nel mentre si stava preparandole un impacco freddo, applicatole poi subito

dopo l'accesso. Fortunatamente l'accesso non ebbe ripetizione; coll'uso di drastici, acido gallico e sopratutto con un regime puramente latteo si ottenne in breve un miglioramento progressivo; la urina si faceva normale per quantità e qualità, l'albumina era scomparsa totalmente nove giorni dopo la cura.

Questo miglioramento era veramente conseguenza della cura? La prova fu facile; sospeso più volte il regime latteo, si ebbe sempre ricomparsa di albumina subito dopo la concessione di un regime carneo misto; mentrecchè scompariva sempre non appena si ritornava al regime puramente latteo. Questo prova in modo incontestabile l'azione eminentemente vantaggiosa del latte in siffatta malattia; ma d'altra parte un fatto scoraggiante provava nel nostro caso, la persistenza della lesione renale, che se taceva coll'uso del latte, non si aveva potuto vincere: la nefrite parenchimatosa aveva assunto carattere cronico.

Puerperio della donna di cui si parla nell'osservazione seconda.

Rilassamento delle sinfisi pubiche.

Tre giorni dopo il parto, avvenuto mediante un'applicazione di forcipe con trazioni veramente vigorose e proporzionate agli ostacoli rilevanti, la donna era presa da brividi e da febbre; alquanto dolenti alla pressione i parametrii; temperatura oltre i 39° sempre, in sesta e in ottava giornata toccava 40°,5. Irrigazioni vaginali per correggere la fetidità dei locchi, china, alcoolici ed oppio furono la base della cura. Dal decimo giorno in poi miglioramento progressivo. La paziente si lamentava però di dolori che accennava in modo vago e che a tutta prima si era disposti ad attribuire a qualche disordine uterino; e non fu che in seguito ad esame accurato che si conobbe trattarsi là di un fatto abbastanza raro.

Poco o nulla soffriva se la donna stava nell'immobilità assoluta; nei movimenti invece avvertiva un dolore esteso a tutta la cintura pelvica, ma specialmente in avanti e ai lati posteriormente; colla palpazione si poteva delimitare l'area del dolore nelle regioni corrispondenti alle sinfisi sacro-illiache e al pube; facendo flettere e

deflettere successivamente gli arti inferiori, il dolore si ravvivava sopratutto alla sinfisi pubica dove si poteva sentire lo smuoversi delle ossa; lo stesso fatto se afferrando le due ossa illiache ed imprimendo loro un movimento in senso contrario, dall' alto al basso all'uno, dal basso all'alto all'altro; dolori acuti si risvegliavano se la donna si alzava e faceva qualche passo. L'esistenza di una mobilità assai pronunciata si poteva constatare in modo ancora più evidente mettendo in pratica il metodo suggerito da M. Budin. Stando la donna in piedi si mette un dito in vagina applicandone il polpastrello al bordo inferiore della sinfisi pubica, e si fa camminare la paziente. Ad ogni passo si sente l'accavallarsi delle due branche ossee, di cui l'una, quella che corrisponde alla gamba in riposo, si abbassa, mentre l'altra, corrispondente alla gamba che sorregge il peso, si innalza. Questa mobilità nel caso nostro era normalmente pronunciata, e la causa sola di tutte le sofferenze di cui si lagnava la puerpera. Una fasciatura pelvica bastava a togliere la sensazione dolorosa e a rendere possibile la deambulazione, benchè sempre un po' imbarazzata. Un mese dopo il parto usciva di Clinica in condizioni migliori, ma non completamente guarita, e costretta a portare la fasciatura pelvica.

È fatto noto a tutti che la gravidanza imprime una modificazione particolare anche alle sinfisi pelviche. La fibro cartilagine inter-pubica, analoga ai dischi inter-vertebrali, è composta di una porzione periferica, resistente, a fibre riunite in fasci e in lame, che si portano obliquamente da una superficie ossea all' altra, e di una porzione mediana identica pel suo aspetto e per la sua struttura alla parte centrale dei dischi inter-vertebrali e presentante una cavità munita di prolungamenti villiformi. È questa porzione molle che si sviluppa considerevolmente nella gravidanza a spese della porzione periferica che invade quasi completamente (Tarnier). Questo processo dipendente da aumentata attività vascolare di tutti gli organi della pelvi ha per risultato di rendere leggermente mobile la sinfisi pubica.

Si dica lo stesso, benchè in minor grado, delle sinfisi sacro-illiache. Dunque un certo grado di rammollimento delle sinfisi pelviche è fisiologico e comune nella gravidanza; è rarissimo però che questo processo arrivi al punto da costituire una condizione patologica già in gravidanza, pare meno raro invece che esso si palesi nel puerperio.

Gli autori non sono d'accordo intorno alla sua causa: secondo

Scanzoni questa malattia, risultato della esagerazione di un fenomeno fisiologico, sarebbe data dalla pressione che l' utero eserciterebbe contro la pelvi; se questa è ristretta cresce la pressione, la quale contribuisce a divaricare le ossa mediante il rilassamento delle cartilagini e dei legamenti; secondo lui è appunto nelle pelvi ristrette che si incontrerebbe più frequentemente.

Ma questa pressione non si ha perchè l' utero sviluppandosi si innalza nella cavità addominale e la teoria di Scanzoni non può reggere.

Il Prof. Barker mentre confuta la teoria di Scanzoni emette la sua, fondata su dati diametralmente opposti; secondo lui la malattia si incontrerebbe più soventi in pelvi assai larghe; in questi casi la testa discenderebbe nello scavo già negli ultimi mesi di gravidanza, e per la pressione esercitata a lungo dalla presentazione sarebbe difficultata la circolazione venosa, d'onde infiltramento sieroso e rilassamento dei tessuti della sinfisi. Nello stesso tempo egli cerca di escludere l' influenza del travaglio, aiutato o no, come causa determinante di tale affezione.

Nel caso nostro anche la teoria di Barker non può essere accettata; la pelvi era stretta e la testa si era mantenuta allo stretto superiore fino agli ultimi momenti del travaglio, e d'altra parte se questa lesione fosse stata affatto indipendente dal meccanismo del parto, non saprei darmi ragione perchè essa, già esistente in gravidanza, abbia dovuto manifestarsi ed accentuarsi di più nel puerperio. Al contrario nel puerperio avrebbe dovuto diminuire progressivamente, se è vero che questo è caratterizzato da un insieme di fenomeni che tendono a ricondurre l' organismo della donna allo stato in cui si trovava prima della gravidanza.

Nel caso in discorso si poteva pensare a due origini diverse: 1° la donna era stata colta da febbre infettiva, e il rilassamento e la infiammazione delle sinfisi poteva essere l'espressione locale di una malattia generale; 2° l' estrazione strumentale del feto aveva necessitato trazioni vigorose assai, e tali che avrebbero potuto produrre stiramento delle cartilagini sinfisarie e rottura di qualche fibra, colle conseguenze ovvie.

Il decorso benigno della malattia e il miglioramento avuto in breve tempo colla semplice fasciatura pelvica si opporrebbero all'ammettere che qui si trattasse di manifestazioni puerperali, nel senso che si suol prendere questa parola: tutto invece si accorda per far accettare la seconda opinione, che cioè il rilassamento

pelvico e la leggiera infiammazione osservata qui, siano stati effetto della pressione esercitata dalla testa fetale, esageratamente sviluppata ed ossificata, per passare attraverso ad un bacino piatto totalmente ed irregolarmente ristretto.

Questo fu il prodotto delle trazioni energiche fatte col forcipe Tarnier, ma non è per questo che Braun vorrà fare un rimprovero allo strumento; la lesione prodotta sulla madre, per quanto grave, sempre guaribile, è compensata a cento doppi dalla estrazione di un feto vivo e sano (impossibile con altro forcipe); sta qui, mi pare, l'ideale della ostetricia.

Puerperio della donna di cui si parla nell'osservazione terza.

Sifilide in puerperio ed in rapporto dell'infezione puerperale.

Dopo un parto assai difficile ed aiutato con operazioni manuali e strumentali, puerperio affatto regolare, fatta astrazione di un po' di fetidità dei locchi, corretta con qualche irrigazione vaginale.

La donna si alzava da letto in ottava giornata di puerperio ed usciva di Clinica nella dodicesima in stato buono. Le lacerazioni ai genitali si erano saldate in parte, ma in qualche punto avevano preso un aspetto particolare; la donna era stata curata a più riprese per sifilide manifesta, e nacque allora il dubbio che si trattasse di nuove manifestazioni della stessa infezione; e il dubbio si convertì in certezza un po' più tardi: quelle ulcerazioni dapprima semplici, avevano preso carattere specifico, si avevano là altrettante ulceri indurite.

Tutti sono d'accordo nell'ammettere che la gravidanza, il parto e il puerperio sono condizioni della donna, le quali, per quanto fisiologiche, predispongono in modo apparente al risveglio di affezioni che siano passate allo stato costituzionale. A questo riguardo ho potuto raccogliere una bella osservazione nella Clinica di Verneuil a Parigi: una donna, che in giovinezza aveva sofferto di gonartrite di cui era stata curata e guarita perfettamente, è presa parecchi anni dopo da una gravidanza; in questa

gravidanza la stessa manifestazione morbosa allo stesso ginocchio, un'artrite che guariva soltanto a parto compiuto. Due anni appresso una seconda gravidanza e di nuovo l'artrite al ginocchio, la quale si faceva suppurante, e fin dopo al parto si mostrava ribelle ad ogni cura. L'influenza esercitata dalla gravidanza su tale manifestazione non può essere contestata, come non mi pare contestabile l'influenza esercitata dal puerperio sulle manifestazioni sifilitiche nel caso sopracitato.

Del resto abbiamo notato che il puerperio ha avuto un decorso regolare; non è il primo fatto che attirò la mia attenzione, di donne sifilitiche che anche in seguito alle più alte operazioni ostetriche sono state rispettate da infezione puerperale, e non è la prima volta che mi domando se la sifilide non esercita una azione ripulsiva o neutralizzante pel contagio puerperale. Ora mi limito a ricordare la questione, che se così fosse, bisognerebbe concedere in tale caso che non tutto il male viene per nuocere.

R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO

diretta dal Prof. Cav. **Domenico Chiara**

Movimento clinico-operativo

DEL 2° TRIMESTRE 1881 (APRILE-MAGGIO-GIUGNO)

Gravide accettate durante il trimestre N. 61
» uscite prima del partò » —

L'accettazione ne' tre mesi si divide così:

Aprile	N. 24
Maggio	» 17
Giugno	» 20
Totale . . .	N. 61

Parti avvenuti N. 63 — (Aprile 28, Maggio 17, Giugno 18).
Riguardo al modo di effettuazione:

Naturali.	N. 46	63
Manuali	» 3	
Strumentali . . .	» 14	

Riguardo all'epoca:

Abortivi	N. 4	63
Prematuri	» 11	
Maturi	» 48	

Rispetto ai bambini:

Nacquero vivi N. 57 (1) — maschi 35 femm. 22
» morti » 8 — » 3 » 5 ,
Dei nati vivi morirono nel comparto N. 5 — maschi 5.

ATTI OPERATIVI.

Parto provocato — N. 43. Albuminuria - provocato verso il termine della gravidanza - Tubo Tarnier - sacchetto di Barnes - sciringa nel cavo uterino - rottura artif. delle membrane - gravidanza gemellare - feti vivi - madre guarita.

N. 110. Stenosi pelvica di 2º grado e grave anemia - parto provocato al principio dell' 8º mese - presentazione di spalla destra dorso posteriore - riduzione cefalica - morte del feto in travaglio - madre guarita.

N. 127. Grave infiltramento con lieve albuminuria. - Metodo Krause - feto vivo - madre guarita.

N. 135. Aborto al 6º mese per grave cardiopatia - madre morta.

Estrazione manuale — N. 91. Gravidanza gemellare - Estrazione manuale di ambedue i feti per minaccia di asfissia - feti vivi asfittici rianimati - madre guarita.

Rivolgimento — N. 78. Pelvi viziata - presentazione della spalla sin. dorso post. - tentativi di riduzione cefalica che portano sullo stretto superiore la faccia in M. I. D. T. con procidenza del braccio sinistro - Rivolgimento podalico interno - madre guarita - feto lievemente asfittico rianimato prontamente.

---

(1) Nacquero vivi bambini 57, nacquero morti N. 8 — totale N. 65, ossia 2 in più del numero dei parti, perchè s'ebbero 2 parti gemellari.

N. 109. Spalla destra dorso post. - riduzione cefalica con esito felice prima dell'inizio del travaglio.

N. 110. Riduzione cefalica (Vedi nel *Parto provocato*).

Forcipe — Vizio pelvico di 1º grado - vertice in S. T. - Forcipe Tarnier allo stretto superiore (modello 1879) - Feto vivo con paralisi del 7º - madre guarita.

N. 41. Stenosi pelvica di 1º grado - albuminuria - accesso eclampsico a testa appena impegnata allo stretto superiore - forcipe Naegele - feto fortemente asfittico - rianimato - madre guarita.

N. 39. Vertice nello scavo - minaccia fetale - Forcipe Tarnier (1879) - Esito felice per la madre e per il feto.

N. 90. Viziatura pelvica di 1º grado (C. V. 82 84 millimetri) - Forcipe Tarnier allo stretto sup. per minaccia fetale - esito felice per la madre e per il feto.

N. 80. Vertice allo stretto inf. - battito rallentantesi - scolo di meconio - Forcipe Russel Simpson (1) - Esito felice per la madre e per il feto.

N. 106. Inerzia relativa per eccesso del volume del feto - Forcipe Russel Simpson - Esito favorevole.

N. 98. Vertice al perineo - soverchia lunghezza del 2º periodo ed albuminuria - Forcipe Naegele con esito felice.

---

(1) Il Prof. Russel Simpson di Edimburgo faceva dono alla Scuola del suo forcipe. È il forcipe di Simpson al quale il nipote (Russel Simpson) addattò ad imitazione del forcipe di Tarnier, una vite per fissare il forcipe sulla testa fetale e due branche di traimento onde poter esercitare le tirate a seconda dell'asse pelvico.

N. 116. Insufficienza delle contrazioni uterine - vertice allo stretto inf. - Forcipe Russel Simpson con esito felice.

Embriotomie — N. 97. Pelvi viziata C. V. 78 millim. - Il forcipe Tarnier lascia la presa - il forcipe Naegele non riesce ad abbassare il vertice - Craniotomia e cranioclastia Braun - puerperio regolare.

N. 133. Pelvi rachitica - C. V. 78-80 mill. - tentativi infruttuosi dei forcipi Russel Simpson, Tarnier 1879 e Pajot - Craniotomia e cranioclastia Braun - Guarigione.

Placenta previa — N. 99. Aborto al 6° mese - placenta previa marginale - rottura delle membrane ed impegno di un'arto inf. fetale - guarigione.

N. 101. Placenta previa centrale - distacco circolare della placenta e rottura artif. delle membrane - qualche ora dopo estrazione della placenta - espulsione spontanea del feto - madre guarita.

NOTIZIE

Ovaro-isterectomia cesarea.

Ragguagli epistolari ci permettono di annunciare che il giorno 22 del passato giugno il Dr. B. Nicolini praticava nella Privata Casa di Salute in Pavia, una ovaro-isterectomia cesarea per grave viziatura pelvica, coadiuvato dal Prof. E. Porro.

L'operazione fu coronata da esito felice tanto per il bambino che per la madre. N.

Estirpazione dell' utero canceroso per la via vaginale.

A pag. 259 annunciavamo alcuni casi italiani di tale atto operativo. Allo splendido successo del prof. Bottini in quel numero annunciato, dobbiamo oggi farne seguire un secondo. — Trattavasi di epitelioma lussureggiante del collo dell'utero in una signora di 31 anni, madre di tre bambini. Amputato il collo coll' ansa galvano-caustica, aperto il fornice anteriore, lussato l'utero anteriormente, praticate tre legature laterali a destra ed a sinistra e quattro legature inferiori e posteriori per la dissecazione ed il distacco dell' utero dalle aderenze retto-vaginali, il Prof. Bottini asportava così l'utero intero.

Nessuna emorragia — la donna guarì in modo completo rapidamente.

L'atto operativo venne praticato in Torino nella pratica privata.

NECROLOGIE

ANTONIO MATTEI.

Nome conosciuto nel campo delle ostetriche discipline, professore libero di ostetricia, membro di molte Accademie e Società francesi e straniere, il **Mattei** moriva in Parigi nel mese di febbraio u. s. — Pubblicò molti lavori scientifici e letterari. Fra i primi ricordiamo:

Essai sur l'Accouchement Phys iologique, Paris 1855.
Clinique Obstétricale, Paris 1862-71.
Considérations sur l'observat. médic. (analyse, synthèse, induction, clinique), Paris 1856.
La Maternité et l'obstétrique chez les anciens Hébreux, Paris 1857.
Des ruptures dans le travail de l'accouchement, thèse pour l'agrégation, Paris 1860.
Des divers modes de terminaisons des grosseses extra-utèrines anciennes, Paris 1860.
De la retroversion utérine s'opérant brusquement en état de vacuité, Paris, 1861.
De la durée moyenne de la grossesse, Paris 1863.
De la dystocie par oblitération compléte du col utérin, Paris 1862.
De l'accouchement prématuré, nouvelles modifications, Paris 1866.
De la souffrance de l'utérus pendant la grossesse, Paris 1867.
Fragments d'obstétrique, Paris 1867.
Considérations sur les diverses espèces de fièvre puerpérale, Paris, 1869.
Fragments d'obstétrique, Paris 1871.
Notice historique sur la faculté de médecine de Strasbourg considérée au point de vue de l'obstetrique, Paris 1872.
Les Chamberlen de Londres et l'invention du forceps, Paris 1873.
Fragments d'obstétrique, Paris 1873.
Principales modifications du cephalotribe (fenetré), Paris 1874.
Fragments d'obstétrique et de gynœcologie, Paris 1877.

De la résorption de la liqueur séminale, de son action tonique, etc. Paris 1878.

Du palper abdominal et de la version céphalique du fœtus (historique, Paris 1879.

Fra i secondi il lavoro principale è rappresentato dagli *Annali della Corsica*. Negli ultimi tempi aveva fondato un giornale dal titolo *L'Obstetrique.*

Il Mattei era nato a Bastia in Corsica.

G. CHANTREUIL.

A soli 40 anni moriva per acuta peritonite questo distinto ostetrico in Parigi. — Il rimpianto generale e per lo scienziato e per l'uomo è la più bella testimonianza della stima che avea saputo cattivarsi fra i colleghi.

Le sue opere principali sono le seguenti: *Déformations du bassin chez les cyphotiques - Sur l'Expression utérine - Sur le cancer de l'utérus envisagé au point de vue de la conception, de la grossesse et de l'accouchement.* — Vinse nel 1874 il premio Capuron col lavoro: *Des phénomènes précurseurs et concomitants de la sécrétion lactée.* — Per il concorso di aggregazione presentò nel 1872 una tesi dal titolo: *Sur les applications de l'histologie à l'obstétrique*, e nel 1875 la seconda *Sur les dispositions du cordon qui peuvent troubler la marche de la grossesse et de l'accouchement.* — In questo stesso anno (1881) venivano pubblicate le sue *Leçons cliniques*, raccolte dal dott. Lordereau. — Ma il più grande elogio del Chantreuil sta nel fatto che il Tarnier lo avesse scelto a collaboratore nel grande trattato ancora in corso di pubblicazione (*Traité complet d'accouchements*).

Parlarono sulla tomba del Chantreuil i Prof. Pinard e Tarnier, ed il Budin stendeva un affettuoso e particolareggiato articolo necrologico nel *Progrès Médical.*

Prof. Dott. Domenico Chiara, Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume III. Settembre 1881 N. 9.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA

DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA

(Direttore Prof. Cav. **CARLO MINATI**).

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS LIBRARY

GRAVIDANZA E PARTO IN DONNA RACHITICA

STUDIO

del Dott. **O. Marchionneschi**

Ajuto alla Clinica Ostetrica e Ginecologica della R. Università di Pisa.

Sommario: Storia clinica della gravidanza e del parto in una donna nana rachitica. — Accoppiamento sessuale non comune. — Apparenze di multiparità in donna primipara. — Mutazione spontanea di presentazione del feto. — Ipertermia subito dopo avvenuto il parto. — Sede insolita del tumore di parto e sua causa. — Rachitismo congenito? Riducibilità della testa fetale. — Sue varie specie e casi clinici in sostegno.

M. R. di P. Prov. di Pisa venne ammessa nelle sale di questa Maternità il 21 marzo 1881. Nubile, dell'età di anni 33, di professione tessitrice, nacque da genitori sani; il padre suo è piccolissimo di statura ed a quanto si sa pare anche rachitico. La madre della R. ebbe 12 figli con 3 aborti. Essa dice che incominciò a camminare dopo un anno. Non si ricorda di avere sofferto altro che una lieve malattia con un dolore puntorio al costato sinistro e per il quale le giovò l'applicazione di alcune mignatte (1).

(1) Alcune nozioni anamnestiche furono diligentemente e pazientemente raccolte dai distinti giovani T. Modigliani e Pini, studenti di 4° anno in Medicina e Chirurgia.

Ebbe la prima menstruazione a 17 anni, con andamento regolare e normale sia per la periodica comparsa, sia per la qualità e quantità del sangue.

Non seppe dirci da quanto tempo le era cessata la menstruazione. Ci narrò invece con minuta esattezza come era avvenuto il coito, che si era compiuto a *parte postica.*

Il giorno del suo arrivo alla Maternità il fondo dell' utero si sentiva circa un terzo al disopra della cicatrice ombellicale. La forma aveva regolare, ellittica e quale si suole verificare nelle presentazioni del vertice. Potevasi al primo esame ritenere assai abbondante il liquido amniotico. Il soffio uterino udivasi a sinistra nel quadrante inferiore, il il cuore fetale pure a sinistra e dava 130 battiti al minuto. I rilievi fetali erano leggermente avvertiti in alto e a sinistra ma non costantemente in questa sede. I movimenti attivi del feto non avevano mai sede determinata nè potemmo sapere da quando eransi resi manifesti alla donna, la quale di mente ottusa e smemoriata prestavasi poco e di rado a soddisfare le nostre interrogazioni. Quelle particolarità anamnestiche che riuscimmo a conoscere e che abbiamo riportate in questa storia furono in gran parte attinte da persone che conoscevano la donna; qualche notizia che dovemmo di necessità ricevere da lei, fu vagliata e rivagliata poi, domandata più volte in differente modo e non ritenuta buona se non garantita di inappuntabile esattezza.

Constatammo la primiparità sebbene le condizioni del collo a tutta prima vi deponessero contro.

L' altezza raggiunta dal fondo dell' utero, stando la donna in piedi, era di 23 centimetri sopra il pube: tenendo la donna in posizione supina si avevano invece cent. 27. L' utero, come dicemmo, aveva assunto una forma ellittica e col suo fondo si mostrava volto a destra. Dal pube all'ombellico, nelle due posizioni, si contavano 20 centimetri di estensione e dall' ombellico all' appendice ensiforme dello sterno cent. 16. Il collo uterino stava verso il lato sinistro della pelvi, presentava un grado discreto di rammollimento, rilievi piccolissimi all' apice e riscontravasi *assai aperto l'orifizio esterno.*

Si giudicò la gravidanza essere circa al 7° mese.

Fu fatta la pelvimetria interna digitale ed esterna istrumentale e ne risultarono le seguenti misure:

Circonferenza pelvica	cent.	81
» del ventre all'altezza dell'ombellico . .	»	82
Diametro bi-iliaco	»	22
Fra le due creste	»	24
Diametro bi-trocanterico	»	27
Retto esterno	»	17
Altezza del bacino a destra . . .	»	16
» » a sinistra . .	»	17
Coniugata diagonale	»	9
Bi-ischiatico	»	10
Coccipubico	»	10

La statura di questa donna non superava i 128 centimetri. La colonna vertebrale aveva una *scoliosi dorsale a destra, lombare a sinistra*. Le estremità superiori erano corte, le inferiori cortissime e un po' storte. Esistevano vene varicose alla regione interna delle cosce.

Dall'Ill. Sig. Cav. Prof. C. Minati, il 30 maggio, cioè 19 giorni dopo l'ammissione fu ordinato di procedere alla provocazione del parto prematuro. A questo scopo furono subito fatte irrigazioni vaginali con acqua di salvia alla temperatura di 27°, C., da ripetersi 3 volte il giorno e ciascuna della durata di 10 minuti. Ben presto successe maggiore rammollimento del collo. Discesa una parte del feto si potè accertare trattarsi della presentazione del vertice, presentazione che ebbe l'opportunità di constatare anche l'illustre Prof. Henning di Lipsia, il quale, passando in quel tempo per Pisa volle onorare d'una sua visita questa Maternità, che visitò insieme al Direttore stesso.

Erano tre giorni che insistevasi su questo metodo per il parto prematuro artificiale, quando raggiungendo meglio le parti fetali col riscontro e presa la linea di Ahfeld ci venne il dubbio di poco inoltrato sviluppo del feto e si credè opportuno sospendere ogni pratica pel parto prematuro.

Il dì 11 aprile si tornò a provocare il parto, tenendosi sempre a metodi di non prontissima azione. Fu fatto il tamponamento alla Schöeller e di nuovo messo in opera il metodo del Kivisch, di 4 in 4 ore. Sorsero contrazioni abbastanza energiche; al riscontro si avvertiva meglio la testa, ma non costantemente sola, poichè talvolta vi si riconobbe associato un arto superiore. Il liquido

amniotico era allora divenuto tanto copioso che qualcuno, visitando questa donna per la prima volta, a vedere quell'utero così sviluppato credè perfino alla possibilità d'una gravidanza composta.

Fino al dì 15 si continuò col metodo del Kivisch; effetti ne furono un'energia, un rinforzo delle contrazioni uterine non ancora osservato ed una più ampia dilatazione del collo. Nella sera del 16 i dolori fecero sosta e l'utero cominciò a divenire inattivo e si determinò poi del tutto l'ipocinesi. L'Ill. Prof. Direttore della Clinica consigliò una fasciatura leggermente compressiva sull'addome. Nella notte si riattivarono le contrazioni e la mattina del 17 si dichiarò il sopraparto. Al riscontro notai allora un fatto non privo d'interesse: *la presentazione non era più del vertice.* Trovai invece all'orifizio uterino i due arti inferiori incrociati e flessi su loro stessi e sull'addome fetale ed il sacro diretto verso l'eminenza ileo-pettinea sinistra; in una parola era accaduta una mutazione nella presentazione.

La sorpresa era giustificata dalla sicurezza ed evidenza del resultato avuto dall'esplorazione fatta la sera innanzi e con la quale ci eravamo sempre più persuasi della presentazione del vertice.

Ben presto tornarono ad illanguidirsi le contrazioni, i dolori si diradarono e così si giunse fino alle 2 pom. del medesimo giorno. Fu allora fatta mettere la donna in un semicupio di acqua calda a 28° del C.; riportata dopo una mezz'ora nel suo letto, si ruppe artificialmente il sacco amniotico e quindi si attese l'espulsione del feto. Erano presenti l'Ill. Prof. Minati, la Sig. Maestra Ostetrica Teresa Franchini, la Sig. sotto Maestra Cleofe Anselmi e lo scrivente. Gli arti pelvici tardavano molto a discendere; un lieve ostacolo faceva loro una porzione di membrane resistentissime che li inviluppavano tenacemente. Divisa e allontanata che questa fu, i piedi discesero ancora un poco; dopo di che sperammo la espulsione naturale del feto sollecita. Ma il collo che pure era dilatato e dilatabile, contraevasi di quando in quando a modo quasi spasmodico sulla parte fetale corrispondente e ciò dava ragione dell'ulteriore indugio. Fu tenuto sollevato il labbro anteriore del collo finchè la parte fetale maggiore l'avesse attraversato. Il battito cardiaco era normale, quindi non *periculum in mora.* Venne finalmente la volta della uscita delle natiche; alla regione ombellicale si notò che il funicolo subiva compressione ed era stiragliato. Allora intervenimmo sollecitamente allo scopo

di affrettare il termine del parto. Fatta fare ansa al cordone che attorniava il collo e disimpegnatolo così assai facilmente, favorii con trazioni giustamente condotte la espulsione della testa; ma questa resistè da prima e per un poco anche sotto energici sforzi finchè poi, mercè una esageratissima flessione già inutilmente tentata ed una ancor più forte trazione, la testa potè essere liberata e così il parto compiuto.

Il feto nacque asfittico e nonostante tutti i compensi dell'arte, bagno caldissimo, docce di acqua fredda alla schiena, sul petto, senapizzazioni generalizzate, respirazione artificiale col metodo del nostro celebre Pacini, con quello anche del Silvester, non avemmo la fortuna del benchè minimo successo e il feto morì dopo aver durato circa un'ora ad avere un battito cardiaco debole e lento.

Un'occhiata adesso a questo fetino che allo studioso offre qualche cosa di importante a considerarsi. Mancava di regolare conformaziona scheletrica; gli omeri erano fortemente incurvati con la convessità all'esterno e la concavità all'interno, in specie a destra. Osservavasi pure una deviazione leggera negli arti inferiori e più che altro nella tibia sinistra. Poche e lievi traccie del così detto *rosario rachitico*.

Sull'*occipite, posteriormente* e verso i suoi due margini inferiori, questo fetino portava un *tumore capillizio* di discreto volume. In corrispondenza della fontanella bregmatica si trovava un *infossamento* (vedi il disegno) un centimetro e mezzo profondo, i *parietali erano accavallati* per mezzo centimetro avvantaggiato, il *frontale e l'occipitale sottostavano a questi.*

Il feto di sesso maschile pesava chil. 1,280 ed era lungo centimetri 39.

La distanza ombellico-cefalica era di cent. 21
» ombellico-podalica . . » 18

e dei diametri si avevano le misure che ora dirò.

Riporterò intanto per ciascun diametro il punto di partenza e quello di arrivo che deve toccare il cefalometro seguendo in parte il sistema che si tiene nella Clinica Ostetrica di Pisa e precisamente a quel modo che trovasi indicato nell'« Ostetricia Minore lezioni di C. Minati Professore ordinario nella R. Università di Pisa e Direttore della Clinica Ostetrica. » E credo di fare cosa utile designando quei punti perchè oltre facilitare, a chi può desiderarlo,

la conoscenza di certe naturali deduzioni di questo studio, determinati poi che siano una volta ci si può risparmiare di starli sempre a ripetere in lavori consimili a questo. Eccomi a descriverli quali erano in questo bambino.

Diametro occipito frontale, dalla bozza occipitale al punto di mezzo delle due bozze frontali . . cent. 9
D. Occipito mentoniero, dalla sinfisi del mento alla protuberanza occipitale . . . . . » 10
D. Occipito bregmatico, dalla protuberanza occipitale al bregma . . . . . » 8
D. Bi-parietale, da una bozza parietale all'altra . . » 8
D. Bi-temporale, dalla radice di un' apofisi zigomatica alla radice dell'altra . . . . . » 6
D. Bi-mastoideo, da un'apofisi mastoidea all'altra . » 5 ½
D. Bi-zigomatico, dalla parte più esterna d'un osso zigomatico all'altro . . . . . » 5
D. Mento sopra-nasale, dalla sinfisi del mento alla glabella . . . . . » 5
D. Mento frontale, dalla sinfisi del mento alla parte più alta della fronte . . . . . » 6
D. Trachelo bregmatico, dalla parte superiore della laringe al bregma . . . . . » 8
Circonferenza faciale, o mento frontale, passando il nastro per la fronte, sugli zigomi e sotto il mento » 24
Cir. Occipito frontale, passando il nastro per la protuberanza occipitale, sulle bozze frontali . . . » 30
Cir. Basilare, o mento occipitale, girando col nastro dal mento sulle parti laterali della testa un po' obliquamente per raggiungere l'occipite . . . » 33
Diametro Bi-acromiale, da un acromion all'altro . » 10
D. Dorso sternale, dalla parte media dello sterno all'apofisi spinosa della regione dorsale vertebrale corrispondente . . . . . » 5 ½
Bi-trocanterico, dall'un trocantero all'altro . . . . » 7
Bi-iliaco, da una spina iliaca anterior superiore all'altra . . . . . » 6
Sacro-pubico, dalla sinfisi del pube alla prima apofisi spinosa del sacro . . . . . » 4

1. La nana di cui descrissi la gravidanza ed il parto nelle loro fasi più essenziali, subito dopo l'espulsione del feto fu assalita da intensissimo brivido, dietro il quale ebbesi una temperatura di 39° del C. Celsius: questa durò sole 24 ore, dopo le quali il puerperio decorse normale per tutto il suo tempo.

L'elevazione di calore subitanea e di breve durata non è strana a succedere appena avvenuto il parto: la notarono già Quinquaud, Schröder, Chiarleoni, ecc. Lo Schröder anzi ammette possibile e non fuori del normale una ipertermia di 39° C. nelle prime 12 ore. Nel nostro caso si sarebbe raggiunto questo estremo e mantenutosi per un tempo doppio di quello notato da Schröder.

2. Il particolare e non comune modo di accoppiamento sessuale, usato in questa donna mentre ci rende conto della conseguita fecondazione ci offre l'opportunità di prendere atto della frequenza con cui la generazione avviene nelle nane rachitiche, quando l'unione si fa a *parte postica*. L'avvicinarsi coll'asta virile più facilmente e anche più prontamente al muso di tinca quando percorre il canale vaginale in quella particolare posizione, la maggiore comodità dell'atto in certe conformazioni dello scheletro muliebre, il più difficile spandimento dell'umore fecondante, sono tanti dati che militano in favore d'un più sicuro concepimento, in specie poi se coesista un poca di antiversione del bacino. Consta a me che sia tante e tante volte accaduta la fecondazione in simil modo; interessa adunque fissarvi l'attenzione per trarne quell'ammaestramento che l'osservazione clinica bene istituita non manca mai di dare. La coincidenza di quei due fatti ebbe molto spesso ad avvertire anche uno dei più distinti cultori della medicina legale in Italia il dottissimo Prof. A. Filippi che tempo fa davami orale comunicazione di alcune gravidanze seguite a quel genere di congiungimento. Domenico Mercuriali non aveva lasciato passare inosservato questa maniera di unione sessuale e tanto era convinto della sua grandissima efficacia che per ribattere il consiglio assolutissimo di alcuni i quali dell'ordinario e naturale modo di accoppiamento ne fanno una condizione necessaria alla fecondazione, scrisse: *coitus naturalis est ille quo utuntur belluæ, scilicet a tergo.* Massima che in alcuni casi e nelle circostanze da noi accennate può esservi ragione di far seguire; difatti sappiamo che alcune donne rimasero feconde solamente dopo averla lasciata adottare.

3. Per quanto ci potemmo assicurare la donna R. era come

ho sopra ridetto certamente primipara e lo era anche per tutti quei caratteri che sono propri d' un simile stato, ad eccezione però della dilatazione e d'un aspetto speciale del collo dell'utero per cui ci sarebbe stato da credere invece alla multiparità. La frequenza con la quale avvengono i tentativi di aborto fece pensare all'ill. Sig. Prof. Direttore della Clinica che quel collo potesse essere stato passivo di qualche pratica tendente a scopo malvagio: è un fatto che *l'orifizio esterno era così dilatato* da dover supporre che qualcuno avesse incominciato la provocazione dell'aborto qualche tempo indietro ed avesse durato in questo proposito per alcun poco.

La storia clinica della gravida che presentemente ci occupa si presta a fornirci altri punti essenzialissimi di studio ostetrico e sui quali crediamo non ozioso il trattenerci alquanto.

4. Accennai già come in un breve periodo di tempo e dopo avere constatata la presentazione del vertice questa si *mutasse* in fine nell'altra dell'ovoide pelvico. Occupiamocene un poco. Si sa da Simpson che la « situazione ordinaria colla testa più bassa verso l'orifizio uterino non è presa dal feto finchè esso non ha raggiunto il sesto mese », e la maggior parte degli ostetrici pure pensa che al 7º mese il feto ha già una posizione stabilita e fissa. Di qui il consiglio di porre lo stetoscopio in certi determinati punti a destra o sinistra, limitando il focolaio del rumore cardiaco sempre più, a misura che la gravidanza va inoltrandosi. È comune il precetto di collocare lo stetoscopio, dal 6º mese in poi, sul mezzo delle due linee onfalo iliache destra e sinistra, perchè da quest'epoca si ritiene la collocazione del feto difficilmente mutabile: tutto ciò poi è chiaramente e recisamente confermato dalle seguenti espressioni del Barnes. « Nei primi tempi della gravidanza l'embrione è relativamente così piccolo che ondeggia libero nelle acque amniotiche, ma verso il mezzo della gravidanza, il feto si accresce rapidamente, la sua forma si determina e l'utero aumenta in lunghezza più che in larghezza; quando il feto, che costituisce un corpo ovoide, ha acquistato un volume vicino a quello della cavità uterina, le pareti della matrice gli impongono una posizione verticale, il feto è divenuto troppo voluminoso per potervisi adagiare in senso trasversale ». Ora è evidente che se verranno a diversificare le condizioni necessarie per tenere e mantenere fisso il feto nella situazione già presa, questa potrà per conseguenza mutarsi e divenire anche opposta alla prima.

Importa qui ricercare le cause di mutazione delle presentazioni, mettere in evidenza la più facile e la più frequente e per ultimo determinare quale abbia agito nel caso nostro. Fra le varie cause capaci di smuovere il feto dalla sua posizione, oltre quelle cui abbiamo accennate, si devono annoverare le seguenti. L'angustia della pelvi, l'idramnio e le contrazioni irregolari e parziali dell'utero, la multiparità, qualche azione meccanica che si spieghi limitatamente su uno dei due poli fetali, qualche violenta scossa impressa all'utero ed un difetto di tonicità nella fibra muscolare di esso, associata a vivacità, continuità ed energia dei movimenti attivi del feto, infine (Heyerdahl) la palpazione ostetrica troppo spesso ripetuta. Sono frequenti questi cambiamenti di presentazione del feto? Quando si hanno più facilmente? Nel caso nostro la causa probabilmente non fu unica; esistevano idramnios e angustia pelvica; e quando queste non fossero state sufficienti io credo con l'Heyerdahl che i varii e ripetuti esami eseguiti sulla donna, in specie con la palpazione, avrebbero potuto dare lo stesso effetto tanto più che il poco sviluppo del feto e quindi la sproporzione esistente fra il suo volume e quello della cavità uterina erano là come condizioni favorevolissime a togliere il feto dalla sua primitiva situazione. È vero che questa ultima circostanza avrebbe anche potuto occasionare in quel bacino viziato una presentazione anormale invece della sostituzione d'un ovoide fetale all'altro, ma la contrazione uterina in atto determinò, insieme alle altre favorevoli circostanze, l'inversione degli ovoidi, contribuì alla vera evoluzione naturale interna. In Germania al dire di Barnes, si è osservato frequentemente il cambiamento di collocazione del feto. Valenta lo notò 42 volte su 100 e più che altro nelle multipare. Per confermare questa notevolissima frequenza si son presi in considerazione gli avvolgimenti del funicolo che riconoscono per causa anche il mutare di posizione del feto e si è concluso così: facili quelli, dunque s'incontrerà pure spesso la condizione che li origina. E non solo si ammise questa possibilità come cosa ordinaria, ma si credè ancora non difficile averla più e più volte nella stessa donna (Muller).

L'ill. Sig. Prof. Cav. Minati, nel suo elogiato libro di Ostetricia Minore narra d'una donna nella quale la mutazione della presentazione avvenne tre volte. Nella Clinica Ostetrica di Modena, Direttore Prof. F. Maccari, (vedi *Spallanzani,* n.° 8 e 9, anno 1878) si osservò una presentazione anormale correggersi spontanea-

mente in quella del vertice (cosa che la natura per fortuna di alcune donne che si trovano in luoghi lontani dai centri e anche dal medico, fa non rarissimamente) e al vertice si sostituì di nuovo la spalla, certo perchè le contrazioni non erano sufficientemente energiche e sostenute quali si reclamavano perchè non andasse perduta l'opera benefica della natura. Interessante è l'osservazione del Dr. Mangiagalli, N. 15, N. 290, anno 1878 del Rendiconto Clinico del Quinquennio 1875-79 della Clinica Ostetrica di Milano, diretta dal cav. Prof. D. Chiara.

Il vertice era già impegnato nella escavazione e ciò non ostante all'epoca del parto si ebbe una presentazione dell'ovoide podalico. Trattavasi d'una primipara con pelvi piatta rachitica. Ritengo che non siavi Clinica ostetrica nè Maternità che non conti un qualche caso di spontaneo cambiamento di presentazione del feto; in questo stesso giornale, nel fascicolo antecedente, il Dr. Fasola in un suo lavoro sul forcipe Tarnier cita il fatto veramente straordinario a lui occorso che cioè alla presentazione dell'ovoide podalico con piede procidente e visibile ai genitali esterni in donna a pelvi viziata siasi sostituito il vertice durante il trasporto della donna alla Clinica. Io ricordo del resto di averne sentiti accennare qua e là diversi; pure non saprei davvero schierarmi dalla parte di coloro che li sostengono frequentissimi. Non di rado, e potremmo provarlo, accade che chi raccolse questi fatti, pochi ne ebbe a presenziare; dovè quindi esporre tal quale la narrazione altrui: scrisse quello che gli venne comunicato e quello che credè sicuramente successo. Spesso poi si vede che una stessa donna è assistita da più d'una levatrice ed esaminata da più d'un ostetrico, che possono succedersi l'un all'altro senza incontrarsi e ricevere il deposto del caso da persone non troppo ben informate, come anche qualcuno può essersi illuso sulla prima diagnosi; infin può avere perduto il momento opportuno per precisarla (1). Per tutti questi motivi, non negando

(1) Così a proposito della questione vertente sulla 2ª e 3ª posizione del V. ossia se la O. I. D. P. sia più frequente della O. I. D. A. io notai spessissimo che la decisione stava tutta nel momento scelto per il riscontro. Infatti chi esplora la donna quando la rotazione dell'occipite dalla sinfisi s. il. in avanti è incominciata ammetterà che si tratta di un Occipite I. D. A. e chi l'esplorerà prima che questo tempo sia corso dovrà diagnosticare un Occipite I. D. P. E giacchè siamo sul tema, citerò il risultato delle diligentissime osservazioni che si sono fatte nella Scuola d'Ostetricia di Milano, diretta dal Prof. Cav. D. Chiara. Il distinto

che si abbiano talune volte questi casi, sono costretto a dichiarare che sono però un poco meno frequenti di quelli che voglionsi fare.

5. Nelle presentazioni dell'ovoide pelvico il parto ha per solito una non breve durata, ma in questo, come erasi principiato a vedere, l'avrebbe avuto ancora maggiore del consueto, se non si fosse tolto di mezzo un certo ostacolo alla libera progressione degli arti pelvici. Non si trattava qui del vizio di bacino, non di anomalie nel canale cervico vaginale, ma le membrane fetali già rotte in parte stavansi avviluppate ai piedi in modo che questi nè potevano maggiormente dividerle, nè allontanarle per inoltrarsi; e che ciò costituisse un'insolita causa alla ritardata discesa dell'estremo pelvico fetale n'è prova l'essersi i piedi abbassati prontamente dal momento che la porzione di membrane che li intrigava fu del tutto rimossa.

6. La forma della testa nei parti naturali pelvici subisce poche o punte modificazioni e il tumore di parto ha la sua sede ordinaria sopra una delle natiche sulla destra o sulla sinistra a seconda della posizione in cui si presenta il feto, e sullo scroto o sulle grandi labbra a volte enormemente tumefatte.

Il fetino che noi raccogliemmo offriva la particolarità della ubicazione del tumore capillizio all'ovoide opposto a quello presentato; la testa appariva per di più assai ridotta di volume e deformata. Come possiamo spiegare ciò? Penso che una condizione speciale della pelvi materna basti da sola a dare ragione amplissima di tutto questo e sia precisamente l'esistente vizio di bacino.

Difatti l'energiche e ripetute trazioni esercitate per ottenere il disimpegno della testa, se subito non valsero allo scopo loro, poco a poco, portando a confronto sempre più immediato i punti maggiormente sporgenti della testa con le pareti ossee del bacino finirono per ottenere la riduzione di quella e là dove il contorno pelvico era eccezionalmente deformato subì per conseguenza anche la testa un'alterazione di forma.

Ostetrico Dr. L. Mangiagalli, nel Rendiconto Clinico ultimo di quella Scuola è venuto alle seguenti conclusioni: « I nostri dati statistici che si avvicinano a quelli di Dubois ci pongono quindi con la maggioranza (che è per la più grande frequenza dell'occipito-posteriore destra) ed in contrasto con le ricerche di Sentex e Swayne.

Il tumore di parto dell'occipite si produsse per la compressione che questo osso al suo perimetro dovè sopportare nel tempo che la testa era trattenuta sull' ingresso del bacino poi fatta lentamente ed a viva forza discendere nell'escavazione.

Il Joulin fece derivare il tumore di parto dalla differenza che esiste fra la pressione intra-uterina e la pressione atmosferica. La contrazione uterina, *vis a tergo*, è potente mentre nell'orifizio la pressione atmosferica è ben piccola: qui tendono a portarsi i liquidi del feto, la circonferenza del tumore di parto è così determinata dal cercine dell'orifizio uterino. Teoria questa, che seduce a prima vista, e tanto più se si tien conto della similitudine che il Joulin porta per farla accettare con più profonda convinzione. Nell'applicazione d'una ventosa, ei disse, nasce il tumore sanguigno nel bicchiere dove si è fatto in parte il vuoto ossia dove si è portata una diminuzione della pressione atmosferica. Nonostante però tutto questo lusso di dimostrazione, stando al caso pratico mi pare che dobbiamo attenersi ad altre idee. Dal disegno della testa del neonato di cui abbiamo tenuto discorso finora si conosce la notevole compressione che ebbe a provare l'occipite; compressione che non potrebbe essere in modo eguale effettuata dall' orifizio uterino: questo e il tumore capillizio *con la sua sede sull' occipite stesso in una presentazione dell' ovoide pelvico* formatosi nonostante una *vis a fronte* validissima quale era quella delle nostre mani che erano dietro ad eseguire trazioni, sono due fatti sull' appoggio dei quali si può con sicurezza ricusare la spiegazione del Ioulin e avvalorare invece la verità dell' altra che il mio egregio Professore espose nel suo trattato d' Ostetricia Minore e che io ripeto qui con le stesse sue parole, le meglio adattate ad illustrarla. « Per tumore sanguigno intendiamo quella specie di ecchimosi o stravaso di siero e di sangue sotto il cuoio capelluto che si forma nella parte che *prima si è impegnata e che ha subito la compressione dei punti che la circondano.* Esso è più voluminoso per quanto più la parte si è trattenuta e quanto maggiori resistenze ha incontrato a discendere. Arrestato il circolo dalla compressione, il sangue ristagnò nella parte che era libera e fattasi la rottura dei vasi ripieni si sparse nelle maglie del tessuto connettivo del pericranio e si condensò in forma di grumo, lasciando così un' ecchimosi rilevata e del colore usuale. »

Il Braun scrive: « la vera bozza sanguigna è un tumore rosso scuro o bluastro non ben limitato e che si estende su tutto il

parietale, sulla sutura sagittale e sulla lambdoidea ed è prodotto dalla compressione che soffre la testa del féto contro la parete anteriore del bacino. »

Riprendendo la descrizione delle particolarità proprie alla testa, ora soggetto del nostro studio, dobbiamo notare che in rapporto colla superficie anteriore dell'ultima vertebra lombare e del sacro si trovava il bregma e porzione del frontale e vedremo più oltre quale conseguenza se ne avesse: qui parrebbe naturale il supporre alcuni effetti di compressione essendo l'estremo opposto a quello dove è il tumore capillizio ed esistendo un difetto nella coniugata vera. Infatti se ne ebbero e furono tali da meritare che fosse ricavato il disegno della parte. Un esempio di altro tumore di parto a sede insolita è citato dal Prof. Belluzzi di Bologna nel suo rendiconto del baliatico degli esposti di Bologna decennio 1869-78; la storia ne è redatta dal Dott. Fabbri. « Il tumore siero-sanguigno risiedeva sulla fronte e si estendeva dalla radice del naso fin quasi alla fontanella bregmatica; anche nelle palpebre superiori esisteva qualche vescichetta siero-sanguigna. Al mento si notava una macchia rossa iperemica-edematosa. La bambina era soporosa e paretica, non poppava, inghiottiva a grande stento andando il liquido facilmente a rovescio e strideva acutamente, ma di rado; il tumore scomparve in 4 o 5 giorni, ma la bambina ebbe poi convulsioni, stitichezza, sclerema, per cui in fine morì. »

Il Prof. Belluzzi confessa essere difficile il trovare la spiegazione di questo tumore volendolo considerare formato in sopraparto. La presentazione della faccia mentre giustificherebbe la sede del tumore sul fronte e dell'iperemia al mento non si può ei dice, ammettere sicuramente non essendovi ecchimosi alcuna alla faccia stessa, e neppure è a pensare alla presentazione del fronte per la forma che aveva assunta la testa di questa neonata e per la mancata riduzione di alcuni diametri.

La necroscopia rivelò « stasi dell'encefalo, idrope nel cavo dell'aracnoide abbondante e così pure intraventricolare, perfino nel setto lucido: trombosi di varii seni meningei massime dei traversi, che in causa del grumo resistente sono grossi come il dito mignolo. Il connettivo sottocutaneo del capo era qua e là ecchimotico ed in qualche punto eranvi ecchimosi anche sotto il periostio. »

7. Già descrissi alcuni incurvamenti negli arti del fetino par-

torito dalla nana R. Aggiungo ora che l'appendice ensiforme dello sterno era adunca in avanti per modo che mai vidi l'eguale. Il diametro biparietale relativamente all'età del feto più del solito esteso, un principio del così detto rosario rachitico e quelle deviazioni dall'asse normale degli arti mi fecero nascere l'idea di alcune ricerche per chiarire se potevasi o no ammettere qui il *rachitismo congenito, ereditario.* E prima d'ogni altra cosa mi domandai: è ella rachitica la madre? La piccolezza della statura m. 1,28 c., la scoliosi dorsale, la deformità del bacino definito come bacino nano, piatto, asimmetrico (1), alcune altre importanti particolarità nei fatti precedenti, sullo stato delle arcate dentarie delle gengive, la eguale malattia esistente nel padre di lei mi inducono a considerarla propriamente rachitica.

Sul *rachitismo congenito* varie opinioni si espressero, ed oggi ancora si continua a discutere, tanto da prevedere che si abbia a tornare quasi allo scetticismo di alcuni vecchi autori. Narrarono già fatti interessanti e concludenti a favore del rachitismo Rosenstein, Klen (1763) (2). Contro questi scrisse però il Girtanner (3) obiettando che nè rappresentavano vere rachitidi, nè come storie cliniche parevano munite di ineccezionabile sicurezza. Andrea Pasquali (4) nel 1853 sosteneva che non si possedevano fatti autentici comprovanti il rachitismo nel feto « *non ostante,* anch'egli aggiungeva, *vi siano le uniche narrazioni di Klen.* » Ma a quell'epoca invece il Soutau aveva già pubblicata la sua tesi: *De rachitide congenitali* (Heidelberg, 1844); ed appresso trattavano diffusamente il soggetto alcuni studii del Depaul, che volle provare essere il rachitismo congenito un'affezione particolare del tessuto osseo, dal rachitismo comune del tutto distinta; e poi altri studii del

---

(1) Questo bacino riuniva i caratteri della pelvi rachitica con restringimento *antero-posteriore* per appianamento del pube e con l'altro *postero-anteriore*, per sporgenza del promontorio, due distinzioni non più in uso oggidì ma che io ripeto per ricordare che furono fatte da Francesco Valle che si occupò per il primo (1792) e primo determinò i caratteri della pelvi rachitica, la quale oggigiorno ha preso anche un altro nome, quello di Pelvi di Stein, in omaggio all'ostetrico che nel 1825 un'altra volta la illustrava. Modernamente (avverte il Taruffi) quei due restringimenti vanno compresi sotto un solo titolo che è quello di *bacino reniforme.*

(2) *Dissertatio sisten. casus rachitidis congenitæ* (1763).

(3) *Sulla rachitide.* Memoria di Giuseppe Dini. Giugno 1813. Pisa.

(4) Pasquali Andrea di Roma: *Malattie dell'infanzia e fanciullezza* (1853).

Lecadre (1856) dei Professori Taruffi e Filippi, non che di altri, che conclusero per la non dubbia esistenza della malattia. È dessa però assai rara, anzi come afferma il Taruffi, si può distinguere dalla forma acquisita perchè questa è comune e quella eccezionale. E della sua eccezionalità, quale risultato dei lavori del Wegner, Parrot, Waldeyer e Köbner trovo sostenitori i Professori Celso Pellizzari ed Alessandro Tafani nella loro pregevolissima Memoria: *Malattie delle ossa da sifilide ereditaria.*

Grande oscurità regna sulle cause del rachitismo congenito. Fu data una certa importanza all'eredità e si racconta più d'un caso di figli rachitici derivati da padri ugualmente rachitici. Nel nostro caso l'eredità sarebbe due volte avvenuta; dal padre nella figlia R. e da questa nel suo bambino se rachitismo non ci sarà da negare in quest'ultimo. I caratteri esterni dello scheletrino, la relativa piccolezza della faccia, una certa estensione del diametro biparietale con quell'età non tanto facile, la conformazione del torace, qualche traccia di nodosità all'estremità sternale delle costole in specie all'interno, la esclusione che potemmo fare con certezza d'un rachitismo sifilitico simulante quello congenito, sarebbero argomenti non deboli per sostenerlo. L'esame istologico, secondo il Taruffi, potendo decidere la questione, io vi ricorsi, commettendolo a persona abilissima in queste ricerche, il Dr. E. Bonini, cui intanto esprimo ora sentitissime grazie per avermi cortesemente compiaciuto.

Il risultato dell'esame microscopico e delle osservazioni attente e coscienziose che l'egregio Dr. Bonini eseguì, furono per sfortuna negative; giacchè egli potè affermarmi che « nelle ossa del fetino sospettato rachitico non si trovarono le modificazioni istologiche proprie della rachitide. » Quindi di necessità non posso aggiungere neppure un sol caso di rachitismo congenito *provatissimo, indubbio,* a quelli che la scienza oggi possiede: dovendo per ora almeno, appagarmi dei buoni intendimenti dimostrati allo scopo di trovarvi un qualche dato favorevole. Prendo motivo dal mancato successo a raccomandare una scrupolosa osservazione sui fetini apparentemente rachitici, pei quali come ben osservarono i ricordati autori Pelizzari e Tafani, premerebbe moltissimo l'assicurare se non piuttosto la sifilide fosse la causa prima di quelle alterazioni che fin ora andarono sotto il nome di rachitiche.

E noto altresì che alcune deviazioni nella normale direzione degli arti, alcuni ingrossamenti con gli apparenti caratteri d'una

affezione costituzionale; possono, senza dar luogo a meraviglia alcuna, essere spiegati da accidentalità indipendenti affatto da rachitide e da sifilide. Nel caso concreto non saprei però a quale speciale causa (che vedemmo non potere essere nè la rachitide, nè la sifilide) dovere attribuire gli incurvamenti degli arti e quelle altre modificazioni scheletriche che descrissi, se pure non si volesse fare un qualche conto dello stato di immaturità del feto, della ipotrofia organica di esso e dell'aver questi dovuto attraversare un canale pelvico ai suoi diametri non proporzionato: ma in questa ipotesi le anormalità avrebbero dovuto essere momentanee od almeno mutabili.

Per ultimo, il feto estratto dalla donna R. può formare soggetto di studio sulla *riducibilità* propria della testa *fetale*, ugualmente che un altro caso clinico di certo A. Stilli, nella quale io praticai il rivolgimento e per liberare dalla pelvi materna la testa del feto fui costretto in ultimo ad applicare il forcipe, due atti operatorii che ebbero felice successo, vincendo l' ostacolo del vizio pelvico con marcata riduzione della testa fetale. Non avendo però meco le note che riguardano quella storia, mi occuperò solamente del primo caso, ed esporrò poi altri consimili di parto naturale o artificiale raccolti nelle mie letture scientifiche.

Dalle misure della pelvi nana rachitica descritta, da quelle del cranio del feto fra loro raffrontate, dalla descrizione e dal disegno qui unito evidentissima appare una ben notevole riduzione cefalica in quel fetino. Difatti la coniugata diagonale inferiore di 3 cent. e ½ alla normale, la coniugata vera ridotta così a cent. 7 ½ e da parte del feto un diametro biparietale ed un occipito bregmatico di cent. 8 lasciano comprendere l' *accavallamento dei parietali* per oltre un centimetro e mezzo (specie di riduzione che sosteneva come ordinaria e più frequente il Dohrn), e lasciano pure intendere come il *frontale e l'occipitale siansi depressi e posti sotto ai parietali*, altra specie di riduzione in sostituzione a quella di Dohrn e difesa da Tarnier e Schröder.

Il bacino rachitico spiega tutto ciò e quell'infossamento, quella depressione di 1 cent. ½ nella fontanella bregmatica (1) dev'essere stata prodotta dall'esagerata sporgenza dell'angolo sacro vertebrale, la quale insieme all'appianamento della sinfisi pubica ve-

---

(1) Al N. 137, anno 1875 del Rendiconto Clinico del D.r L. Mangiagalli sopra ricordato, trovo accennata una depressione cranica avente sede quasi consimile.

niva a costituire quel tipo di bacino rachitico che per la configurazione che assume lo stretto superiore prende il nome di *reniforme.* In conseguenza qui si rendono palesi tutte e due le specie di riduzione distinte dal Labat:

1.° Riduzione per *chévauchement,* accavallamento;
2.° Riduzione per *deformazione* o *infossamento.*

Quest'ultima è l'effetto di pressioni limitate ad un punto della testa che può essere osseo o membranoso, cioè anche in corrispondenza delle suture e delle fontanelle; e già si vide che fu proprio sopra una di queste ultime che si sfogò l'azione compressiva circoscritta del promontorio del sacro del bacino della donna R.

La riduzione della testa fetale ritengo debba essere distinta e classata secondo la sua causa ed il suo scopo. Infatti ora la produsse solamente la natura, ponendo di fronte ai vizi di bacino una facile compressibilità della testa del feto, ora invece se la propose e l'ottenne l'arte ostetrica.

Quindi nel primo caso è *riduzione naturale* nel secondo *artificiale,* e siccome quest'ultima può essere opera dell'azione d'istrumenti messa in pratica allo *scopo* di terminare il parto in una pelvi viziata, o per una testa eccessivamente voluminosa, od essere invece procurata a bella posta dallo studioso, esperimentando nei cadaverini dei feti, ne sortono altre *due* specie; è perciò che riterrei giusta ed utile la seguente classazione:

1.° Riduzione *cefalica naturale;*
2.° Riduzione *cefalica artificiale* { a) *terapeutica;* b) *esperimentale.*

Tanto con la prima quanto con la seconda possono associarsi i due modi distinti dal Labat.

La mia osservazione clinica sarebbe stata ancora più eloquente se il parto non avesse appartenuto alla classe dei prematuri; pur non ostante è istruttivo assai e credo aver ben pensato a non lasciarmi sfuggire l'opportunità di un breve studio sopra il tema della riducibilità. L'altro parto, ch'io solamente accennai, di certa Stilli operata di rivolgimento e di forcipe poi (*la tête venant la dernière*), era veramente a termine e la

diminuzione dei diametri non deve essere stata ordinaria, se si rifletta che dovei impiegare una forza eccessiva di trazione nella prima operazione e una buona compressione nella seconda. Al secondo genere e al modo per deformazione spetta pure la istoria clinica segnata di N. 273 nell'accurato e dotto Rendiconto storico statistico (1874) della Maternità di Milano pel Dr. G. Chiarleoni (1). Anche nel fetino di questa storia, la cui estrazione abbisognò dell'aiuto-forcipe in un bacino viziato da 78-80 mm. fu osservata come nel nostro caso, sebbene in sede diversa, una depressione « *a mo' di solco obliquo segnante con precisione il cammino fatto sul promontorio del sacro.* La linea obliqua che dal fondo di questo solco va al punto corrispondente della regione temporo-parietale opposta misura appena 8 cent. e così si trova che la testa tirata lentamente dall'aiuto forcipe ha seguito con precisione quel meccanismo col quale l'utero nei vizi pelvici e quando il parto è spontaneo giunge a superare l'ostacolo. Il puerperio fu regolare, la bambina era vivente. »

Il peso di questo neonato era di 3220, la lunghezza di ctm. 49. Il diametro biparietale ctm. 10 ed il bimastoideo ctm. 85. Quindi la riduzione del biparietale fu positivamente di ctm. 2. E tanto questo solco quanto quell'infossamento del nostro fetino sono esempii di riduzione grande e valgono a provare maggiormente la verità dell'osservazione fatta dal Prof. Porro e dal Delore sulle conseguenze di una pressione limitata a porzione del cranio.

A fine di svolgere più ampiamente la tesi che mi sono proposto, prendo alcuni dati da un eruditissimo e ben condotto lavoro (2) del Prof. G. Calderini, Direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica di Parma.

---

(1) Il Biennio Clinico 1873-74 nella R. Scuola di Ostetricia annessa all'Ospizio provinciale di S. Caterina, diretto dal Prof. Cav. Domenico Chiara. — Rendiconto storico statistico per Giuseppe Chiarleoni, Medico 1° Assistente. — Parte prima. Milano, 1875.

(2) Mi duole di avere conosciuto solamente ora questo importante studio dell'illustre Ostetrico di Parma: studio che avrei potuto consultare con profitto allorchè scrissi la *Fetometria.* Per ricerche fatte in quest'anno posso enumerare qui le tesi che furono pubblicate in Italia sulle dimensioni del feto.

Dott. G. Chiarleoni. Le dimensioni del diametro biparietale del feto in rapporto ai vizi pelvici ed il parto prematuro. *Osservatore. Gazzetta delle Cliniche.* Torino, 1852 (citato del Prof. Calderini).

Prof. G. Calderini. Le dimensioni del feto negli ultimi tre mesi della gravidanza. — Studii comparativi per le indicazioni ostetriche (1875).

1.° In una primipara (Prospetto X) il Prof. Calderini ottenne dalla pelvimetria un

Diametro retto esterno . . .	cent.	18
Retto esterno (ridotto di 8) .	»	10
Coniugata vera	»	8,50

Il feto aveva di lunghezza cent. 47, di peso grm. 2630, di diametro biparietale cent. 9, bitemporale 8. *Il biparietale si ridusse quindi di ½ centim.*

2.° In altra donna (Prospetto X) la pelvimetria diede

Fra le creste	cent.	24
Fra le spine il. a. sup. . . .	»	21
Retto esterno	»	15
Retto esterno (ridotto di c. 8 cent.)	»	7
Lunghezza del feto	»	48
D. Biparietale . . . . . -	»	9
D. Bitemporale	»	7,50
Peso del feto . . . . . -	»	3030

Il parto si fece mediante il forcipe ed il feto fu estratto vivo. *La riduzione del biparietale fu dunque di centimetri* 2.

3.° Una primipara dava di coniugata vera ctm. 8,50.

Il fetino nacque morto. Lunghezza del feto ctm. 54, peso gr. 3500, biparietale ctm. 9, bitemp. ctm. 7,50. Il parto avvenne col rivolgimento. *Vi fu una riduzione del bipar. di ctm.* ½.

4. Per ultimo, nello stesso prospetto X, il Prof. Calderini ha una pluripara con una coniugata di ctm. 8,50.

Lunghezza del feto ctm. 49. Peso gr. 3800. Biparietale ctm. 9. Bitemp. ctm. 8. *La riduzione del biparietale è dunque stata ancora qui di ctm.* ½.

Ora i diametri che più soglionsi mettere in rapporto con quelli del bacino nella Pr. V. sono l'Occipito Frontale, il Sotto-Occipito Bregmatico e il Biparietale. Di tutti e tre dovrei occuparmi studiando la riducibilità della testa fetale. Per me, se non è per al-

---

Dott. O. Marchionneschi. *Fetometria.* Studii ed osservazioni. — Negli *Annali d'Ostetricia,* diretti dal Prof. Cav. Domenico Chiara. Fasc. 9-10. Milano 1880.

Dott. L. Mangiagalli. Rendiconto clinico della Maternità di Milano, diretta dal Prof. Cav. Domenico Chiara. Quinquennio 1875-79. Milano 1881.

cuni, è importantissimo anche conoscere la possibile diminuzione del biparietale, giacchè specialmente quando il diametro sacro pubico materno, la coniugata vera sono viziati, la testa si suole porre di traverso e si presenta il biparietale. Alcuni sostennero (Chiarleoni: *Le dimensioni del feto, ecc.*, l. c.), che in rapporto con la coniugata non il biparietale, ma un diametro minore talora si stabilisce e da ciò trassero argomento ad abbassare ancora più il limite inferiore delle indicazioni del parto prematuro. Altri soggiunsero che anche il bitemporale si faceva direttamente parallelo alla coniugata (Hubert). È inutile che io mi fermi a far risaltare il valore ostetrico del diam. bipar. della cui estensione giustamente si fa gran conto in tocologia, oltre che nella pres. vert. nei casi di dubbia scelta fra il forcipe ed il rivolgimento e in fine per la determinazione alla preferenza di uno fra varii atti operatori.

L'occipito-frontale alla fine della gravidanza si trova parallelo ad uno degli obliqui e ciò costituisce il carattere della presentazione S. (come la chiamò il Pajusco) cui ben presto si sostituisce la Pr. V. ed è allora che sottentra a quello il D. So. Br. diametro che studiò moltò accuratamente il Budin ed a cui attribuì la maggiore parte della riduzione sopportata dalla testa. Dunque il diametro O. F. si può lasciare di prendere in considerazione in questo studio della riducibilità cranica, senza però spregiarne la sua relativa e condizionata importanza; mi atterrò però più che altro a notare quanto può interessare del So. Br., il diametro che più spesso si misura con l'antero-posteriore pelvico e del biparietale la cui valutazione tutti gli ostetrici, insieme a quella del sacro pubico, ebbero massimamente di mira quando vollero fissare le indicazioni del parto prematuro. Ma non possedendo per il So. Br. misure prese propriamente in ciascuno dei feti (di cui poco sopra riferii) dovrò tenere per ignoto il grado di riduzione che necessariamente provò? A me sembra che senza menomare l'importanza e più che altro la realtà delle deduzioni che sono per trarre, sia lecito, basandosi su dati non infedeli, per indiretta ma buona via presumere di conoscere pure quanto diminuì questo d. So. Br.

Mettiamoci ora alla prova.

Il numero dei centimetri dato dal biparietale in questi quattro neonati fu costantemente e per tutti eguale (ctm. 9).

Il peso medio dei medesimi è rappresentato da quello che si ha

nei feti a termine, 3240 grm. (A 9 mesi il peso oscilla dai 3000-3500 secondo le nostre tavole e quelle del Budin).

La lunghezza media in essi è pure quale io la trovai nei feti a termine ossiano ctm. 49 ½.

Dunque potrò prendere il So. Br. fetale al 9º mese e determinatane la differenza col biparietale, calcolato il grado di ciascuno dei vizii pelvici sopra descritti, derivare il quantitativo della riduzione da esso diam. probabilmente sofferta. Al termine di gravidanza il So. Br. il più spesso fu trovato di mm. 2 maggiore al biparietale; così si può vedere nel quadro di misure del *Trattato d'Ostetricia* dell'illustre Prof. Balocchi, e così pure risulta dal mio studio sulla *Fetometria.* In conseguenza di ciò il D. So. Br. ha dovuto subire per tre volte una riduzione di 7 mm. e per una di mm. 22. Il diametro massimo di presentazione, trovandosi superiore a quello di corrispondenza potè sostenere (senza danno della vita del feto perchè 3 nacquero vivi e fra questi è quello più sottoposto a compressione), una diminuzione di 2 ctm. e frazioni; risultato anche questo che viene a confortare le deduzioni cui, sul fondamento della osservazione clinica, dovei scendere quando toccai brevemente questo medesimo tema nello scritto ora ricordato. Lo stesso Prof. Calderini, in seguito al suo studio coscienzioso e paziente sul diametro biparietale (medio) e sulla possibile riducibilità della testa considerata nei feti più o meno maturi conclude, sebbene non in termini precisamente uguali ai miei, molto in favore del potere riduttivo del cranio del feto. Egli infatti a pag. 117 del suo lavoro scrive così:

« Le viziature e le ristrettezze pelviche di grado moderato sono assai più frequenti di quanto non appaia dalla sola osservazione pratica. — Il parto nelle ristrettezze pelviche di primo grado ed anche di secondo nelle primipare è per una molteplicità di circostanze favorevoli *più frequentemente spontaneo* di quanto non si aspetti. »

Rendo ora qui vivissime grazie all'egregio Prof. Cav. Cesare Belluzzi, Direttore della Maternità di Bologna ed all'egregio Dottor E. Bruers suo assistente, per opera dei quali mi è dato aggiungere nuovi casi clinici ricchi di notizie utili ed interessanti per la mia tesi.

In tutti trattasi di donne che ebbero *parti naturali,* e da questi, feti a termine viventi, misurati poco tempo dopo nati.

N. 49. Gennaio 1875 — Donna di anni 26, robusta, di buona

conformazione apparente, secondipara. Nel primo parto ebbe l'applicazione del forcipe dopo 45 ore di travaglio. La coniugata esterna fu trovata di ctm. 17,55, l'interna, senza detrazione, di ctm. 9,85-10,1. Parto a termine in 11 ore e 3/4. Delle quali, 2 ore dopo la rottura del sacco fatta artificialmente per resistenza delle membrane. Doglie molto valide.

Feto maschio. Vertice 1.ª Peso grammi 3265.

Diam. occip. ment. . . .	ctm.	13,50
S. O. Bregm.	»	10,35
Mento frontale	»	9,45
Occipito frontale	»	12,15
Biparietale	»	8,85
Bitemporale	»	7,65

Il S. O. B. si ridusse di 1 ctm. 1/2 e il Biparietale di 1/2 ctm. e frazione.

N. 77. Gennaio 1877. — Donna primipara, di statura alta, gracile, d'anni 22. Le misure della pelvi danno:

Coniugata retta	ctm.	9,45
Fra le spine iliache ant.-sup.	»	22,35
Fra le due creste iliache .	»	27,00

Parto naturale a termine in ore 33 1/2 con doglie valide, dieci ore dopo la rottura delle membrane.

Feto in pos. seconda del vertice, sesso femminile, di dimensioni ordinarie. Peso, grammi 2890.

Misure del capo prese due ore dopo la nascita:

D. O. Mentoniero	ctm.	13,3
D. O. F.	»	10,6
D. S. O. Br.	»	10,1
Bipar.	»	8,1
Mento frontale.	»	10,1

La riduzione del S. O. Breg. fu di più di 1/2 ctm.

N. 65. Gennaio 1878. — Donna robusta, primipara, d'anni 21;

la pelvi è in *toto* piccola. La circonferenza è di ctm. 82. Il diametro retto senza detrazione è di ctm. 10,6.

La riduzione del biparietale si calcola essere stata di 1 ctm. $^1/_2$ avvantaggiato.

Il peso del bambino era di grm. 3600.

Durante la discesa, che fu lunghissima, la testa si mantenne trasversale, riempiendo tutta l'escavazione; per questo non si ricorse al forcipe.

Il puerperio fu morboso per rammollimento e scostamento della sinfisi pubica, cui fu rimediato con adatta fasciatura e lungo riposo.

Qui deve tenersi conto della maggiore ampiezza ottenuta nell'escavazione per lo scostamento della sinfisi del pube, fatto importantissimo che coadiuvò insieme colla diminuzione indotta nel biparietale alla uscita del feto e alla conservazione della sua vita. Ciò mi fa pensare che tutti i parti naturali od artificiali compiutisi non ostante notevolissime sproporzioni fra la testa e la pelvi, non si devono sempre attribuire ad un esagerato potere riduttivo del cranio fetale, che pur si può dare, ma alcuni ne vanno anche in conto di quest'altro genere di compenso che la natura con maggiori rischi lascia che offra la sinfisi sul pube.

Cade qui in acconcio di riportare alcune idee che direttamente mi furono comunicate dall'Illus. Prof. O. Morisani, in una sua gentilissima lettera:

« È difficile determinare il grado assoluto di riducibilità della testa del feto; essa è in rapporto con condizioni numerose e varie per i varii individui. La riduzione può per opera della natura essere portata *molto oltre,* conservandosi la vita del feto, ma l'arte non potrebbe sperare un simile risultato, non potendolo realizzare nelle identiche condizioni. Per conto mio ho osservato una sola volta un feto a termine essere espulso vivo da un bacino, il cui diametro antero-posteriore misurava 78 mm., ma dichiaro che se avessi assistito al parto non avrei confidato così largamente nell'opera della natura. »

I fatti da me riportati parlano tutti in favore del potere riduttivo della testa. Alcuni spettano al genere della riduzione artificiale, altri a quello della riduzione naturale. Avendo già spese alcune parole su quest'ultima, diciamo ora della *artificiale terapeutica* e della *esperimentale.* I successi del forcipe applicato anche soltanto a scopo umanitario e dirò così in via di tentativo, piut-

tosto che passare bruscamente, *ipso facto*, alla craniotomia, alla cefalotripsia, alla baselisi o ad altro processo di embriotomia, depongono in favore d'una grande riducibilità della testa del feto e si può ripetere per ciò con sicurezza, insieme al Barnes (1) che *le fait important a connaître c 'est que l'enfant resiste à une très-grande compression,* avendone una bella conferma nei parti indietro accennati.

Anche quanto gentilmente scrivevami ugualmente in proposito, il Professore O. Morisani è abbastanza interessante perchè io non dimentichi di riferirlo qui, ciò che faccio servendomi delle medesime sue espressioni. « Non credo che l'ostetrico sia autorizzato a spingere la riduzione al di là delle 6 linee di Baudelocque, (cioè ctm. 1 e ½) se vuole essere sicuro di avere un feto vivo; ciò in generale e con lo sviluppo ordinario del cranio fetale a termine. » Il Professore Porro, come ricorda anche l'egregio suo assistente G. B. Nicolini in un suo accuratissimo lavoro sul *Bacino spinoso*, dimostrò ampiamente che « la testa del feto può sottostare, *senza grave danno,* a pressioni anche energiche e protratte, purchè uniformemente distribuite su tutta la circonferenza cefalica, che è in rapporto colla parete pelvica. »

A riguardo dell'altro genere di riduzione che io chiamai artificiale-esperimentale, giova riassumere brevemente dall'importante lavoro del Labat (2), le conclusioni le più attinenti alla quistione.

Riporterò la 1.ª, la 2.ª e la 3.ª

1.ª Con pressione continua di 15 kilogr., prolungata per due ore si ottengono riduzioni di 7 o 8 mm. sul diametro biparietale, un po' più forti sull'O. F.

2.ª Il bitemp. è più riducibile del biparietale.

3.ª Le pressioni limitate sono più efficaci delle pressioni fatte su larga superficie, a produrre riduzione sul diametro biparietale (Delore). In senso obliquo le pressioni ottengono maggiori risultati quando non si corrispondono, ossia non si esercitano all'estremità dello stesso diametro.

La tesi dell'egregio Dr. E. Labat dimostra davvero nel suo autore un'erudizione vasta ed una dottrina profonda e va elogiata per i molteplici pregi che possiede; ma io mi sento al tempo

---

(1) *Lécons sur les opérations obstétricales, etc.* Traduites par le Dr. E. Cordes. Paris 1873.

(2) *Recherches cliniques expérimentales sur la tête du fœtus au point de vue obstetrical,* par le Dr. E. Labat. Paris, Delahaye, 1881.

stesso in dovere di avvertire subito che altra è la riduzione che si otterrà mercè il forcipe sulla testa d' un feto collocato sopra una tavola (genere di riduzione preso a studiare dal ricordato autore) ed un'altra diversissima è quella che ci si può aspettare dalle applicazioni di forcipe sulla vivente. Qui triplice è l'agente di compressione; ossia uno è artificiale e due sono naturali; l'istrumento, le fibre uterine, le pareti delle pelvi. Nelle note del Dr. E. Labat non è in causa che l'istrumento. Quindi non credo che sia permesso dai responsi dell'uno esperimento ricavare forti e persuasive argomentazioni contro i risultati dell'altro, cioè dell' osservazione ed esperimento clinico vero e proprio, giacchè le basi loro, il loro modo di agire, gli elementi stessi d'azione usati, notevolmente diversificano.

Sta qui il segreto per intendere la varietà d'opinioni sul potere riduttivo della testa e la causa degli esagerati timori per la vita fetale a fidare su esso. Ma le riflessioni che io feci, i fatti che portai basteranno, io spero, a persuadere che la testa fetale é capace di una notevole riduzione, sia proponendosela a scopo terapeutico, come a scopo sperimentale, quando nell'esperimento siano chiamati ad agire tutti i più importanti fattori naturali di compressione. Di più i timori si dilegueranno considerando che nel bacino della partoriente le pressioni non sono più tanto limitate come sui feti fuori di quello e liberi dall'utero materno, ma vengono operate uniformemente, con una gradazione inimitabile, su larga superficie e (dentro certi confini) anche senza danno, come fu or ora dimostrato.

Venendo ora al particolare, nella tesi del signor Labat, abbiamo alcuni punti che non si può fare a meno di discutere.

I parti naturali ed artificiali osservati, i responsi delle cliniche ostetriche mi fanno ammettere una possibilità di riduzione maggiore a quella dall'egregio collega assegnata ai diametri biparietale e O. F.

Il diametro biparietale, Labat crede meno riducibile del bitemporale.

Ma l'autorevole asserzione del più volte citato Prof. Morisani nelle seguenti sue parole, è. insieme a quanto son per dire, ed ho anche detto, una confutazione eloquentissima alle suddette opinioni del Labat: « Sopra bacini artificiali e con feti morti ho più volte verificata la possibilità della riduzione diametrica senza fratture sino a 2 e $^1/_2$ ctm., facendo trazione lenta, graduale e prolungata. »

« Credo da ultimo che la riduzione possa ottenersi in tutti i diametri, ma la ho trovata maggiore e *meno difficile nel biparietale* e sopratutto meno nociva per la vita dal feto. »

Dopo queste solenni affermazioni poco mi resta ad aggiungere. Non mi tratterrò a far riflettere che il biparietale si trova in frequenti continui rapporti coi diametri pelvici mentre il bitemp. su cui si ferma M. Labat non ha estensione tale nê punti così rilevati e sporgenti da trovarsi egualmente a fronte con ostacoli o lievi, o grandi lungo la filiera del bacino; noterò solo che se non si ha da guardare al piccolo numero dell'esperienze (3), certamente il sistema di far compressione con l'incastro di piccoli coni nelle cucchiaie del forcipe (ben appropriato per lo studio delle pressioni circoscritte) persuade qui poco. E valga il vero: i piccoli coni di legno sostituiti quasi alle cucchiaie del forcipe premono in quel modo non già nelle ossa temporali, ma sulle suture, e per essere corpi di pochissimo volume è loro facile approfondarsi in quelle; d'onde un infossamento marcato su di quelle o nelle fontanelle antero-laterali; mentre che l'altro indice di riduzione ottenuto nel diametro biparietale si è avuto comprimendo propriamente sulle ossa. Per questi motivi regge male il confronto.

Al contrario io riconosco che gli effetti grandi d'una compressione limitata, già messi in evidenza dal Delore, sono molto giustamente dimostrati e confermati dalle esperienze diligentissime del Dr. E. Labat; ma devo per giustizia ricordare (ciò che faccio volentierissimo) che il celebre Prof. Porro aveva già in due dotti suoi lavori (1) sostenuto e provato che la testa del feto tollera pochissimo le pressioni, anche se non troppo intense, quando siano esercitate in *punti circoscritti*, e che la morte di feti espulsi per parti prematuri da bacini viziati è da ritenersi dovuta agli effetti della compressione non uniforme che le pareti viziate del bacino produssero sulla testa di essi.

Viareggio, agosto 1881.

---

(1) *Risultati apparenti e risultati veri del parto precoce artificiale.* Milano, giugno 1871, Tip. Fratelli Rechiedei. — Memoria del Prof. Cav. E. Porro.

Pelvi distocica per vizio congenito di formazione e per influenza rachitica. Milano, 1873, Tip. Fratelli Rechiedei. — Memoria del Prof. Cav. E. Porro.

LETTERA APERTA

All' Egregio Dottor **Mangiagalli.**

Nel vostro rendiconto per il quinquennio 1875-79 nella Clinica Ostetrica di Milano in corso di pubblicazione (1) vi ha un rimarchevole capitolo sulle presentazioni di spalla. Lo spirito a cui è informato, le deduzioni cliniche dei numerosi fatti disquisiti e la critica fina e sempre garbata che fate di non pochi lavori altrui, lo rende assai degno di considerazione e fonte di utili ammaestramenti.

Per quanto non sia da me il fare cotesta dichiarazione, pure non so trattenermi dal dirvi che il vostro lavoro viene validamente a mantenere nome e lustro ad uno de' migliori (se non il migliore) degli istituti ostetrici della nostra Italia.

Se ho parlato solo del capitolo che tratta delle presentazioni di spalla, non vuol dire già che gli altri sieno da meno; ma gli è perchè in esso trovai citati a più riprese alcuni lavori da me fatti su tale argomento. Premetto che il modo con cui parlate de' miei lavori anche in quei punti su cui dissentite è oltremodo gentile e garbato e ve ne voglio bene. Ora poi lasciate che vi dica la ragione di questa mia.

Là dove accennate alla posizione da darsi alla donna e alla scelta della mano che deve operare quando è indicata la versione fate cenno di quanto io consiglio (2) in tutti i casi ne' quali si hanno a temere serie difficoltà durante l'atto operativo.

Permettete che al pari di voi, io qui ripeta lo specchietto nel quale ho creduto dovere riassumere i precetti da seguirsi nella scelta della posizione da darsi alla donna, e della mano che deve operare:

Presentazione di spalla destra - dorso	*anteriore* - fianco destro, mano destra. *posteriore* - fianco sinistro, mano sinistra.
Presentazione di spalla sinistra - dorso	*anteriore* - fianco destro, mano destra. *posteriore* - fianco sinistro, mano sinistra.

(1) Mangiagalli. Il quinquennio 1875-79, ecc., in *Annali di Ostetricia*, ecc., maggio-agosto 1881, pag. 418, e pass.

(2) Chiarleoni. Art.° *Rivolgimento in Enciclopedia Italiana*, 1881.

A cotesto specchietto voi egregio collega rimproverate la mancanza di un punto di partenza da un criterio chiaro e determinato. E tale giudizio vi è dettato da queste considerazioni:

« Quando (il Chiarleoni) scrive: *spalla destra D. A. - fianco* » *destro, mano destra* equivale a dire che egli mette la donna » sul fianco corrispondente a quello a cui si trovano i piedi del » feto, che la mano destra seguendo la concavità del sacro va » ad afferrare i piedi lungo il piano anteriore del feto. E fin qui » siamo perfettamente d'accordo. Scrivendo invece: *spalla destra* » *D. P. - fianco sinistro, mano sinistra,* equivale a dire che egli » mette ancora la donna sul fianco corrispondente a quello oc- » cupato dai piedi del feto, e che la mano sinistra segue ancora » la concavità sacrale, ma arrivata nella cavità uterina, o questa » mano seguirà il dorso del feto ed è quello che tutti ci sconsi- » gliano di fare nei casi molto difficili, o seguirà il piano ante- » riore del feto ed allora per rendere ciò possibile, la mano dovrà » fare un movimento di pronazione forzata ed il braccio un mo- » vimento di torsione sul suo asse longitudinale, il che tutto » sommato non contribuirà certo a rendere più agevole il su- » perare gli ostacoli che si oppongono all'operatore nei casi gravi. »

Uno identico ragionamento fate (ma in senso inverso) per riguardo alle presentazioni di spalla sinistra. E soggiungete più sotto che sembrerebbe che per me l'unica ragione di preferenza fosse quella di seguire con il dorso della mano la concavità sacrale. Sostiamo a questo punto e ragioniamo.

Lo specchietto mio se non vado errato aveva come punti di partenza: 1.° la donna in posizione laterale; 2.° l'ostetrico piantato di fronte alle natiche della operanda; 3.° uso di quella mano che meglio si adatta a seguire il piano anteriore del feto, e la trafila genitale. Dati questi tre principî ne viene come di necessaria conseguenza questo corollario; donna sul fianco destro, mano destra, sia che i piedi del feto si trovino guardare la anteriore o la posteriore parete addomino-uterina.

E per verità rappresentatevi le condizioni di postura della operanda e dell'operatore e poi ditemi se vi pare possibile usare della *mano sinistra* nel caso v. g. che il piano ventrale del feto volga anteriore e i piedi a destra. Eppure seguendo il vostro specchietto questo sarebbe il *modus tenendi* nei casi difficili.

No, egregio Collega, stando di fronte alle natiche della paziente non è possibile introdurre la mano di nome opposto al lato su

cui essa giace. Per ciò fare uopo sarebbe di dare all' ostetrico la posizione che fu consigliata dal Martin di Berlino e che come sapete consiste nel collocarsi invece che di fronte, di dietro alle natiche della operanda per potere appunto agire con la mano opposta.

Spiegato così come, dati i criteri da cui presi le mosse, le deduzioni mie sieno giustificate in modo da non lasciar dubbio alcuno, non nego che nei casi di piano anteriore del feto volto in avanti la presa del piede o meglio del ginocchio come io consiglio, si eseguisca con maggior somma di difficoltà che non in condizioni opposte; ma pur tuttavia la mia esperienza e quelle di molto maggior peso di Ramsbotham e di Playfair tenderebbero a provare la relativa facilità con cui si può pervenire ai piedi. E ciò non seguendo certamente il dorso del feto ma spingendosi nell'utero al davanti del medesimo.

Qualunque sia lo stato di contrazione e retrazione dell' utero sul feto, la mano potrà sperare di spingersi più oltre nella sua cavità seguendo il piano ventrale ove le parti piccole per quanto serrate lasciano dei vani lungo i quali la mano troverà posto. Fate egregio collega la prova (in specie sul vivo) e vi convincerete che *la pronazione forzata della mano e il movimento di torsione del braccio sul suo asse longitudinale*, non saranno di tal grado da rendere in massima molto difficile la versione. Vi dirò anzi che in questi casi taluna volta incontrerete poco al disopra dell'orificio interno un ginocchio che potrete afferrare passando nel poplite una o due dita dall'indietro in avanti o viceversa; e ciò farete senza la minima difficoltà. Una pratica di già abbastanza estesa mi ha fatto convinto di quanto asserisco.

Pure non volendo sembrare troppo assoluto ben volentieri ammetto che in qualche rarissimo caso la versione non riuscirà; ebbene, nulla s' oppone allora, a che l' ostetrico s'avvantaggi dei precetti di Martin già accennati o della posizione *more quadrupedum*. Del resto non credo di andar oltre su questo terreno, sembrandomi come mi ero proposto di avervi spiegato abbastanza da quali punti presi le mosse nel presentare lo specchietto incriminato; per cui, malgrado tutto, mi tengo ancora convinto che la versione sul *fianco* nelle dorso posteriori si eseguirà (quando e lo ripeto, l' operatore si ponga di fronte alle natiche dell' operanda), assai meglio seguendo le norme da me date che non le vostre che sono alle mie opposte.

Mi rimane ancora di spiegarvi la ragionevolezza dei precetti ch'io do nei casi di versione presentandosi la testa. Nell'appendice al capitolo delle presentazioni di spalla (1) voi dite che la scelta della mano che deve operare è così regolata; occipite o fronte a sinistra, mano sinistra, e viceversa; ben s'intende tenendo l'operanda nella posizione classica. È questo, soggiungete, un precetto universalmente accettato e come tale voi dite che lo avreste sottaciuto ove « recentemente ed in lavoro italiano non » aveste visto dare un precetto opposto, di sciegliere cioè la » mano di nome opposto al lato della pelvi occupato dall'occipite » o dal fronte, ponendo la donna sul fianco pure di nome oppo- » sto, colla necessaria conseguenza o di seguire il dorso del feto, » o di volgere il dorso della mano al piano anteriore del feto, » oppure di mettere la mano in una forzata pronazione ».

Ho esitato un istante a credere che voi intendeste parlare dei precetti miei; ma ogni esitazione scomparve allorquando tutto ponderando, trovai queste parole: « ponendo la donna sul fianco pure di lato opposto ».

Ch'io mi sappia presso di noi nessuno scrittore di cose ostetriche sostituisce come da me fu fatto nel rivolgimento, in modo generale, alla posizione classica quella sul fianco; d'onde ne viene di conseguenza ch'io debba ritenere come al mio lavoro dirette le censure che ho sopra riportate.

Infatti io così sintetizzo i miei precetti:

Presentazione di testa - vertice o faccia	*mento a destra* - fianco destro, mano destra. *mento a sinistra* - fianco sinistro, mano sin.

Come mai egregio collega avete voi potuto trovarvi una flagrante opposizione al precetto universale? Davvero non so comprenderlo: avvegnachè io sia convintissimo di averlo fedelmente seguito con quelle debite varianti che erano portate *dalla posizione sul fianco*. Comprendo come sarebbe errore imperdonabile operare con la mano destra una donna che, *posta sul dorso*, avesse l'occipite o il fronte a sinistra; ma non comprendo come in coteste condizioni volendo operare *sul fianco* si possa adoprare la mano sinistra.

Di grazia, come introdurla e qual via le faremo seguire?

---

(1) Mangiagalli, l. c. pag. 489.

Con la vera scuola inglese io ammetto come legge sancita l'impiego della mano di nome eguale al fianco su cui si mette a giacere la donna. Le ragioni di tale condotta risiedono nella massima facilità di introduzione della mano secondo l'asse pelvico, il dorso della mano adattandosi esattamente alla concavità del sacro.

Or bene, permettetemi un esempio: s'ha a liberare una donna con il rivolgimento: la presentazione è di vertice in S. A. o T. o P. Il piano ventrale del feto volge a destra P. o T. o A. La si colloca, la donna, sul fianco destro. Si introduce la mano destra. In quale atteggiamento e direzione? Rispondo: foggiata a cono tra la supinazione e la pronazione si sospinge lungo l'asse pelvico, ma certo alquanto posteriormente a destra, cioè verso la congiunzione ilio-sacrale. Penetrata così nell'utero la mano come mai potrebbe riguardare il piano dorsale del feto, o come mai dovrebbe mettersi in forzata pronazione per non volgere il suo dorso al piano ventrale del medesimo? Seguire il piano dorsale del feto sarebbe per la mano cosa impossibile, come d'altro lato potrebbe solamente in caso eccezionalissimo (piano anteriore fetale volto verso la linea mediana), tornare utile una forzata supinazione della mano ma giammai l'opposto, per raggiungere con la maggiore possibile facilità gli arti inferiori che si vogliono afferrare.

Vi prego, egregio collega, di ponderare tranquillamente queste poche cose, messe giù alla buona e senza alcun altro scopo che di chiarirvi, come meglio potei, quanto nel mio articolo vi era parso assai oscuro e in parte contrario a certi principii riconosciuti veri dalla universalità degli ostetrici. Di poi tiratene un costrutto; che sono convinto di non più apparirvi in opposizione assoluta o poco meno con quanto si insegna e fa nella scuola di S. Caterina, nella quale come sapete anch'io ho attinto l'amore vivissimo che porto alla nostra scienza.

Vogliatemi bene

G. Chiarleoni.

Egregio collega,

Permettetemi di far seguire poche righe alla lettera cortese che voi voleste dirigermi. Nel capitolo del mio Rendiconto da voi citato io non intendevo punto di muover censura al processo da

voi seguito con predilezione nella versione; solo muovevo il rimprovero di non lasciar scorgere a chiare note da quale criterio foste partito. Ora nella vostra lettera traspare in qualche luogo, in qualche luogo è apertamente dichiarato che voi vi siete inspirato alla scuola inglese ed ai suoi precetti. A chi sia un po' famigliare colla letteratura inglese, certo non sarà sfuggita la grande predilezione che gli ostetrici di tale nazionalità hanno per *la posizione laterale sinistra* e per *la mano sinistra* nella gran maggioranza dei casi. Chè se voi per *vera scuola inglese* intendete quella che ha i suoi antesignani a Londra, udiamone i responsi. Playfair (*A treatise of the science and practice of midwifery,* 1876) a pag. 156 del secondo volume, scrive: « In questa contrada l'ordinaria posizione » sul fianco sinistro è ordinariamente impiegata. » E a pag. 57 soggiunge: « In tutti i casi *ordinarii* la mano sinistra può es- « sere introdotta molto più facilmente lungo l'asse del bacino, « la sua faccia dorsale si adatta prontamente alla curva del sa- « cro, ed anche quando l'addome del feto guarda anteriormente, « essa può essere portata all'avanti senza difficoltà in modo da « afferrare i piedi » mentre poco prima scriveva, sempre riferendosi alla scuola inglese: « nelle presentazioni trasverse se l'ad- « del feto è rivolto anteriormente, la mano destra vien conside- « rata come la più appropriata per la maggior facilità con cui « essa può inoltrarsi lungo il piano anteriore del feto » *continuando però a porre la donna nel fianco sinistro.* E Barnes scrive a pag. 190 delle sue operazioni ostetriche (traduzione francese): « *Nelle posizioni dorso-anteriori, coricate la paziente sul lato sinistro, introducete la mano sinistra.* » È noto come Barnes ricorra alla posizione dorsale quando il dorso è rivolto posteriormente. Dunque i due cardini su cui si imperniano i precetti della scuola inglese, sono *seguire la curva del sacro,* inoltrare la *mano lungo il piano anteriore del feto.* Nelle posizioni dorso-anteriori *ponendo la donna sul fianco sinistro e adoperando la mano sinistra,* si tengono di mira entrambi i precetti. Quando il dorso è rivolto posteriormente, si fa volontieri getto del primo per appigliarsi al secondo. Orbene, confrontate il vostro specchietto con quello di Barnes, e vedrete che sono in opposizione. Dunque o voi non seguite la scuola inglese, o la scuola inglese s'informa a principii che non sono i vostri. Nello specchietto che io ho dato, adottando, nelle dorso-posteriori, contrariamente a Barnes, la posizione laterale destra o sinistra, io non mi preoccupo che

della facilità di giungere sul piano anteriore del feto, ponendomi, ben inteso, *dietro le natiche.* Ma ponendosi l'operatore realmente *di fronte alle natiche* è proprio necessario capovolgere i precetti inglesi riguardo alla posizione della donna ed alla scelta della mano? È quello che io non penso, anzi aggiungo come in tal modo si sarebbe costretti a spostare la donna rinunciando così ad uno dei vantaggi della posizione laterale. Ma forse voi colla espressione *di fronte alle natiche* intendete che l'operatore si collochi in modo da guardare l'arco pelvico anteriore della operanda come me ne lascia il sospetto qualche considerazione che voi fate nella vostra lettera a proposito della versione nelle presentazioni di vertice. Confesso che tale ipotesi si è affacciata l' ultima alla mia mente anzi dubito che sia l'esatta; ma, se così è veramente, comprendo come si debba necessariamente scegliere la mano omonima al fianco in cui è collocata la donna e voi potreste rispondermi come voi abbiate cercato di adattare i precetti della scuola inglese alla posizione che voi date alla donna nella versione, e che in tal modo non sia punto necessario spostare la donna, ma non comprendo come *nei casi difficili* di posizione dorso-posteriore, si possano avere con tale processo dei vantaggi, in confronto del processo di Martin. Credo anzi precisamente l'opposto, credo cioè che in tal modo si perderebbe di mira il 3° dei vostri punti di partenza, e che per me è l' essenziale, vale a dire *l' uso di quella mano che meglio si adatta a seguire il piano anteriore del feto:* e qui se voi lo giudicate opportuno, facciamo punto e lasciamone giudici i lettori. Del resto da questo nostro amichevole scambio di idee una conclusione la si può tirare. E la conclusione si è che è forse inutile preoccuparsi tanto e tanto discutere di fianco e di mano a scegliersi e che un operatore destro riuscirà forse egualmente bene in ogni caso e con qualunque processo. Ed io sono ben lieto di riconoscervi pubblicamente tale qualità.

Devotissimo collega
LUIGI MANGIAGALLI.

IL QUINQUENNIO 1875-79

NELLA CLINICA OSTETRICA DI MILANO

Diretta dal Prof. Cav. **Domenico Chiara**

RENDICONTO CLINICO

del Dottor MANGIAGALLI LUIGI

Medico 1° Assistente

(Cont. v. N. 5, 6, 7 e 8, pag. 285)

CAPITOLO V.

Le presentazioni della faccia e le presentazioni inclinate dell'ovoide cefalico.

Come già osservammo nella parte generale, si ebbero nel quinquennio dieci presentazioni di faccia, di cui sei in prima posizione (fronte a sinistra) e quattro in seconda posizione (fronte a destra), nel rapporto quindi di 1,5 ad 1 tra prima e seconda posizione, rapporto molto vicino a quello trovato da Winckel, da Hecker, da Duncan, mentre l'eguale rapporto tra prima e seconda posizione del vertice sarebbe di 2,6 : 1, per cui, senza qui entrare nella discussione sulla genesi della presentazione della faccia, di cui mi sono occupato lungamente in un mio lavoro sul parto per il fronte, bisognerebbe concludere coll'ultimo autore citato che, *caeteris paribus,* la presentazione della faccia è più facilmente prodotta quando il dorso del feto è rivolto a destra che non quando esso è rivolto a sinistra.

In otto casi il parto fu spontaneo, naturale, facile, essendosi in essi sempre osservata la rotazione anteriore del mento. In due casi il parto fu terminato col forcipe (V. *Forcipe*, N. 98 anno

1877 e più avanti, parlandosi della inclinazione frontale l'osservazione N. 110, anno 1877), per mancata rotazione del mento. Tutte le madri furono salve. Nove bambini furono salvi. Delle donne quattro erano primipare. Una volta si ebbe campo in una pluripara, per le condizioni del canale cervicale, di constatare una primaria presentazione della faccia, prima cioè che il travaglio s'iniziasse. In tutti i casi, la diagnosi venne sempre fatta col riscontro vaginale, quantunque qui non si neghi che la palpazione e l'ascoltazione possano dare criteri diagnostici di un gran valore. E qui mi piace richiamare l'attenzione degli ostetrici sopra un nuovo segno diagnostico nei casi di deflessione del capo, segno diagnostico osservato dal Dr. Fischel nella Clinica ostetrica di Praga e da lui recentemente illustrato (*Separatabdruck aus der Prager Medizinischen Wochenschrift,* N. 12, 1881). In due casi di presentazione del fronte egli ebbe occasione di percepire nettamente e fare percepire dagli astanti l'impulso cardiaco del feto. Egli è evidente come per la percezione di tale segno occorrano circostanze particolarmente favorevoli, la deflessione più o meno pronunciata del capo, lo scolo del liquido amniotico, l'addossamento dell'utero al suo contenuto, la posizione del feto per cui il suo piano anteriore sia rivolto verso la parete addominale anteriore, e meglio ancora se il feto è disceso in modo da presentare la regione toracica in quella zona uterina assottigliata e che si interpreta differentemente secondochè si adottino o no le idee di Bandl sul modo di sua formazione.

Delle varie inclinazioni dell'ovoide cefalico che si descrivono e studiano nei trattati, due solamente hanno reale importanza clinica, quella parietale propria del vertice, quella frontale comune al vertice ed alla faccia. Senonchè io mi discosterei alquanto dal modo generale di vedere ed ammetterei volontieri una inclinazione bregmatica del vertice facendo della inclinazione frontale una presentazione inclinata della faccia, o meglio elevandola al grado ed alla dignità di vera e reale presentazione. Che nelle presentazioni di vertice le due fontanelle triangolare e quadrangolare trovinsi bene spesso allo stesso livello e secondo un diametro trasverso nelle pelvi piatte, è cosa notoria, e dà una delle note speciali del meccanismo fisiologico del parto in dette pelvi. Qualche volta la quadrangolare è anche più bassa, e l'influenza di tale fatto sul movimento di rotazione interna venne già constatata nel capitolo dedicato alle posizioni occipito-posteriori.

Quanto all'inclinazione parietale caratterizzata dalla presenza dell'uno o dell'altro orecchio nell'area dello stretto superiore, venne constatata tre volte. Una volta la parte presentata era costituita dal parietale posteriore, due volte dal parietale anteriore. Soltanto nel primo caso fu necessario l'intervento dell'arte.

Ecco in breve le osservazioni:

N. 146 - Anno 1875. — IIpara, ebbe un aborto un anno prima. Pelvi rachitica, cifotica. Presentazione di vertice in O. I. D. P. Giunta la testa alla parte alta dello scavo non progredisce quantunque per cinque ore e mezza i dolori fossero discretamente energici ed abbastanza avvicinati. Mancato moto di rotazione ed inclinazione sul parietale destro (posteriore). Forcipe a donna posta sul fianco. Feto vivo del peso di grm. 3700. Puerperio morboso. Guarigione.

N. 249 - Anno 1875-76. — IVpara, di anni 28, di professione stiratrice. Pelvi rachitica piatta. C. V, 90-95. I parti antecedenti furono spontanei. Presentazione di vertice in O. I. D. P., con sentita inclinazione del parietale sinistro (anteriore). Parto spontaneo di feto morto del peso di grm. 3320. Periodo dilatante 29 ore. Periodo espulsivo 2 ore. Morte per setticoemia.

N. 15 - Anno 1876. — IIIpara, d'anni 33, cameriera. I parti antecedenti furono spontanei, facili. Pelvi normale. Presentazione di vertice in O. I. S. A. con forte inclinazione del parietale anteriore (destro). Correzione spontanea, Parto spontaneo di feto vivo del peso di grm. 2720. Periodo dilatante ore tre, periodo espulsivo ore tre. Madre guarita.

Passiamo ora allo studio della presentazione del fronte. Nella clinica si presentarono alla nostra osservazione nel corso del quinquennio sette casi che qui riferisco:

N. 79 - Anno 1875. — Donna rachitica, d'anni 34, lavorante in seta. C. D. 92-98 mm. VIIpara: i primi tre parti furono spontanei a termine, bambini morti. — Il quarto fu provocato anticipatamente dall'arte nel corso del nono mese, ottenendo un bambino vivo che continuò a vivere. Il quinto ed il sesto parto furono spontanei, a termine, ma vennero alla luce bambini morti. L'attuale gravidanza è giunta alla fine dell'ottavo mese ed è complicata da notevole idram-

nios: la circonferenza dell'addome in corrispondenza dell'ombellico misura 98 ctm. La donna entra nell'Ospizio il 18 aprile: alla mezzanotte del 24 aprile essendovi fenomeni di inceppata respirazione si rompono le membrane il più possibilmente in alto e si possono raccogliere 3210 grm. di liquido torbidiccio con un riflesso roseo: altri 800 grm circa di liquido vanno perduti. Immediatamente dopo si pratica una stretta fasciatura addominale e si amministrano 50 centigr. di segale. Col riscontro si verificò una presentazione del fronte: l'occipite era volto anteriormente ed a sinistra, la sutura bifrontale era quindi nel senso del diametro obliquo di sinistra: il periodo dilatante fu di ore 19. 40: alla parte inferiore dello scavo l'occipite rota posteriormente e la testa si disimpegnò col meccanismo del parto per il fronte: il periodo espulsivo fu di 20 minuti: il tumore di parto colla sua sede avvalorava il diagnostico. Il feto di sesso femminile venne alla luce vivo: esso pesava 1550 grm. — Lunghezza 45 (23-22) — M. O. 120 — O. Fr. 110 — S. O. Brg. 100 — B. P. 85 — Bimast. 70 — M. Brg. 105 — M. Fr. 95 — Trach. Breg. 120 — Bisacr. 110 — St. Dor. 75 — B. troc. 70 — Scr. Pub. 45 — Secondamento spontaneo — Annessi del peso di grm. 550 — Puerperio fisiologico.

N. 82 - Anno 1875. — Donna d'anni 32, di professione serva, entra nell'Ospizio il 21 aprile. — Ipara, alta m. 1. 27, pelvi rachitica universalmente ed irregolarmente ristretta. Circonferenza pelvica 75 ctm. C. D. 80 mm. Microcorda destra 68 mm. Microcorda sinistra 84 mm. (prese col pelvimetro Grillenzoni). Ultima menstruazione il giorno 8 settembre: epoca del parto indicato dal calendario il 17 giugno. — Essendo quindi la gravidanza pervenuta all'ottavo mese si decide di passare tosto alla provocazione del parto prematuro, ricorrendo successivamente alle doccie, al tubo di Tarnier, ai sacchetti di Barnes: periodo dilatante di 46 ore: presentazione del fronte (occipite rivolto posteriormente ed a destra): alle 10 pom. del 26 essendovi inerzia assoluta si procede ad una applicazione di forcipe a testa impegnata allo stretto superiore: una branca cadde sulla regione fronto-temporale di destra, l'altra sulla regione mastoidea di sinistra. Si condusse alla luce un feto vivo: peso 1630 grm. — lunghezza 44 (23-21) — M. O. 110 — O. Fr. 97 — S. O. Brg. 80 — B. P. 80 — B. mast. 65 M. Brg. 100 — M. Fr. 70 — Trach. Brg. 90 — Bisacr. 100 — St. dor. 60 — B. troc. 80 — Scr. pub. 45. — Tumore di parto sulla fronte, diffondentesi verso il bregma e la radice del naso, prevalente sulla bozza frontale di sinistra. — Puerperio morboso per febbre traumatica — Guarigione.

N. 138 - Anno 1875. — Vpara, d'anni 38, contadina, rachitica, entra nell'Ospizio in travaglio il 30 giugno. — A domicilio erano già stati fatti parecchi tentativi infruttuosi di liberazione col forcipe. Degli altri quattro parti tre erano stati laboriosi ma spontanei, il quarto aveva richiesto l'intervento dell'arte per presentazione del piano laterale. Al momento d'ingresso la donna è alquanto abbattuta e febbricitante: il bambino è ancora vivo, ma il suo battito è soffiante. La testa è impegnata al distretto superiore in presentazione del fronte, il dorso è rivolto trasversalmente ed a destra, la sutura bifrontale confronta il diametro trasversale, il bi-temporale, il diam. ant. post.: sono accessibili al riscontro, oltre le bozze frontali, la fontanella bregmatica, le arcate sopra-orbitali e la radice del naso. Si tenta a più riprese l'applicazione obliqua di forcipe, secondo il diametro obbliquo di destra ma senza risultato. Si praticò allora un'applicazione diretta: durante le trazioni la testa rota fra le branche dell'istrumento rivolgendosi coll'occipite all'indietro; continuando le trazioni in basso ed all'indietro si impegna la fronte sotto l'arcata pubica; indi si elevano i manici dello strumento onde sprigionare l'occipite al davanti della commessura post. della vulva e quindi si abbassano nuovamente onde deflettere la testa e liberare al davanti il resto della faccia, ultimo il mento. Venne alla luce un feto morto del peso di grm. 3000 lungo 50 cent. (27-23). Mento occip. 130 — Occip. front. 120. — Sottocip. breg. 105 — Bp. 85 — Bm. 80 — M. breg. 120 — M. fr. 90 — Trach. breg. 105. — Bisacrom. 125 — St. dors. 80 — Bitrocant. 90 — Spub. 55. — Il tumore di parto era nella regione sopranasale-bregmatica, prevalente a sinistra.

La donna morì in 8ª giornata di puerperio e l'autopsia rilevò: endometrite purulenta, necrobiosi del collo e della vagina, fistola vescico-vaginale, ascesso peri-vescicale ed ascessi metastatici ai reni.

N. 232 - Anno 1875. — Primipara, d'anni 25, di professione cameriera, sana ma gracile, entra nell'Ospizio il 12 ottobre. Alta m. 1 50 ctm., presenta pelvi normale; il travaglio s'inizia a termine; presentazione del fronte, occipite rivolto post. e a destra, periodo dilatante di otto ore, periodo espulsivo di sette ore, irregolarità delle contrazioni uterine, rotazione posteriore dell'occipite, scolo di meconio, battito cardiaco soffiante, rallentato; forcipe alla parte inferiore dello scavo, colle norme indicate nell'Osservazione antecedente. Bambina viva del peso di grm. 3000, lunghezza 50 cent. (26-24) — M. occ. 120 — Occ. front. 100 — Sottocc. breg. 105 — Bp. 90 — Bmast. 80 —

Ment. breg. 110 — il mento frontale è molto allungato per la configurazione speciale assunta della testa nel parto per il fronte e misura 95 mill. — trachelo brg. 95 — bisacrom. 120 — St. dors. 90 — bitrocant. 95 — sacro pubico 55. Tumore di parto sulla regione frontobregmatica, prevalente a sinistra.

Puerperio regolare.

N. 170 - Anno 1876. — Vpara, d'anni 31, di professione attendente alla casa, entra nell'Ospizio il 26 giugno alle ore 5 pom. in travaglio da 40 ore. — I parti antecedenti erano stati tutti normali, l' attuale gravidanza è giunta a termine. I dolori si sono iniziati alle 12 ½ ant. del giorno 25; alle 3 ant. dello stesso giorno rottura artificiale delle membrane per parte della levatrice. A mezzogiorno fu chiamato il medico del luogo che le amministrò tre grammi di segale in tre dosi, una alle 4, una alle 5 pom. e una alle 2 ant. del 26. Alle 6 ant. un semicupio che si ripete due volte, indi viene inviata all' Ospizio ove giunge alle 5 pom. Al momento dell'ingresso la donna è alquanto abbattuta, dagli organi genitali scola un liquido scuro sanguinolento, fetentissimo, mancano i segni della vita del feto. L'utero è retratto tetanicamente sul suo contenuto, presentazione del fronte, dorso rivolto anteriormente a sinistra. Amministrato alla donna un bagno generale e rialzatene lo forze con brodo e vino di Marsala si libera la donna colla craniotomia (trapano Braun) seguita dall'applicazione del forcipe compressore Guyon. Il tumore di parto che si osserva sulla testa fetale occupa la bozza frontale destra. Feto di sesso femminile peso grm. 3370, lungo 51 cent. (27-24).

Il puerperio fu morboso per febbre traumatica e per fistola vescicovaginale. La donna venne dimessa in 11ª giornata di puerperio.

N. 110 - Anno 1877. — IIpara, di professione tessitrice, d'anni 24, entra nell'Ospizio il 30 aprlle; alta metri 1. 48 cent., presenta pelvi normale. La prima gravidanza decorse regolarmente a termine con parto spontaneo. Il travaglio attuale s'iniziò a termine: alle 3. 30 pom. del 4 agosto rottura spontanea del sacco, si constata la presenza del fronte verso il centro dell'apertura pelvica superiore, il dorso è rivolto posteriormente ed a destra; a destra si arriva col dito fino alla fontanella ant. e a sinistra si arriva alle arcate orbitarie ed alla radice del naso. Dalle 3. 30 pom. alle 6 pom. sospensione completa delle contrazioni; correzione manuale della presentazione del fronte, trasformandola in presentazione della faccia; le contrazioni riprendono poco energiche di poi e si presentano a lunghi intervalli fino alle 11. 30,

momento in cui le contrazioni acquistano molto in intensità e frequenza facendosi espulsive: continuano sempre tali sino alle 4. 30 ant. senza produrre altro vantaggio che l'impegno profondo della parte presentata, ma il mento non mostra nessuna tendenza a portarsi sotto l'arcata pubica; scolo copiosissimo di meconio quasi puro, battito fetale irregolare, ora molto accelerato ora lento, la donna è spossata, affranta e chiede la liberazione che si ottiene mediante il forcipe. Il feto estratto è gravemente asfittico, ma grazie alle cure impiegate si rianima in mezz'ora circa; si usarono all'uopo la respirazione artificiale colle norme di Pacini e con quelle di Silvestri, ed in ultimo mediante l'insufflazione bocca a bocca. Feto di sesso femminile, peso di gr. 3640, lunghezza 51 (27-24), M. Occ. 150 — Fr. Occip. 125 — Sottocc. breg. 105 — Bp. 100 — Sottoccip. front. 110 — Sottocc. ment. 100 — Bm. 90 — M. breg. 110 — M. front. 85 — Trach. front. 98 — Trach. breg. 108 — Trach. occip. 125 — Biacrom. 130 — Sterno dorsale 93 — Sacro pubico 60 — Bitrocant. 78.

Puerperio normale. La donna venne dimessa guarita in 13ª giornata di puerperio.

N. 79 - Anno 1879. — Donna d'anni 29, di professione tessitrice, primipara, pelvi piatta C. E. 18. Il travaglio s'inizia il 1º luglio alle ore 5 ½ ant. di detto giorno, dilatazione di 2 cent., testa all'alto dello scavo, non si sentono nè suture nè fontanelle, acque colate; alle 7 ½ dilatazione di 5 cent., vera presentazione della fronte in pieno all'alto dello scavo; con difficoltà si sente a sinistra e posteriormente la radice del naso, a destra e anteriormente la fontanella anteriore. Alle ore 9 ½ ant. dilatazione di 6 cent., la parte più bassa è sempre la fronte: alla parte inferiore dello scavo conversione spontanea alle ore 12 10 pom., il primo periodo era durato 11 ore e 35 minuti, il secondo ore 1 35. Bambino di sesso maschile vivo: peso grm. 2150, lunghezza 49 cent. (25-24). M. Occ. 135 — Front. Occip. 130 — Bp. 95 — Sottocc. breg. 95 — Sottocc. Front. 105 — Sottocc. Ment. 95 — Mento breg. 100 — M. Front. 99 — Altezza post. 90 mill. — Altezza ant. 85 — Circ. sottocc. breg. 32 cent. — Circonf. breg. sopranasale 24 cent. — Circonf. occ. front. 37.

Puerperio fisiologico.

Tali osservazioni mi porsero occasione ed eccitamento all'esame di tale importante argomento. Le conclusioni dei miei studi affidai ad un lavoro monografico pubblicato nell'anno 1880, e nel

quale posi ad ampio contributo anche l'esperienza clinica altrui, raccogliendo in tal modo diciassette osservazioni nostrali e quaranta osservazioni forestiere. La dimostrazione meccanica e clinica della possibilità del parto spontaneo in detta presentazione, lo studio delle difficoltà che ad esso si oppongono, difficoltà parte insite nella presentazione stessa (necessita che al distretto inferiore il diametro mento-occipitale si svolga in corrispondenza del diametro antero-posteriore) parte dovute alla concomitante stenosi pelvica, uno dei frequenti fattori eziologici, l'affermazione della rotazione pressochè costante del fronte all'avanti, infine la dimostrazione della razionalità del richiamo della faccia anzichè del vertice, costituiscono i cardini in cui s'impernia la parte clinica di detto lavoro che io stesso compendiavo nei seguenti corollarii:

1º Il parto spontaneo di feti a termine nella presentazione del fronte è possibile.

2º Esso richiede molte volte l'intervento dell'arte, ma gli ostacoli non sono al distretto superiore *quando questo non sia ristretto,* ma alla parte media dello scavo od al distretto inferiore, poichè si è quando la fronte è discesa alla regione pelvica inferiore che il diametro occipito-mentoniero deve subire la sua evoluzione. Ad ogni modo l'arte interverrà in condizioni nè difficili nè pericolose, nè per la madre nè per il feto.

3º Qualche volta la concomitante stenosi pelvica, che sembra essere in nesso col genere della presentazione, renderà più laborioso il parto e più grave il nostro intervento.

4º Il meccanismo del parto per il fronte è retto da norme speciali che non devono venir dimenticate da chi assiste al parto od applica il forcipe, ricordandosi sopratutto che l'occipite deve rotare posteriormente, circostanza qnesta che costituirebbe un carattere atto a distinguere tali presentazioni dalle occipito-posteriori del vertice.

5º In un periodo poco avanzato del travaglio a testa mobile, è possibile la versione, possibile la trasformazione della presentazione del fronte in quella del vertice o della faccia, o sponteneamente, o mediante un'acconcia posizione o mediante l'uso della mano.

6º Nel periodo d'impegno, quando cioè il diametro occipito-mentoniero trovasi già impegnato obliquamente nella trafila pelvica non è indifferente il modo di correzione, ma sarà invece molto più conforme alle leggi della meccanica e ai dettami della

clinica il tentativo di richiamare la faccia che non quello di richiamare il vertice.

7º Le considerazioni teoretiche ed i responsi della clinica sono così favorevoli al richiamo della faccia, che nelle presentazioni del fronte, viste le difficoltà del parto spontaneo, è a tale partito che l'ostetrico dovrebbe sempre ricorrere con speranza di successo, a parte presentata già impegnata, prima di ricorrere alle altre risorse che l'arte gli concede, quando le condizioni speciali della madre e del feto non richiedano una pronta liberazione.

Insomma, noi si vuole essere egualmente alieni dall'ottimismo degli uni e dal pessimismo degli altri. Ed in tale opinione ci conforta l'esperienza clinica collettiva: facendo infatti lo spoglio delle 64 osservazioni cliniche da me riunite senza idee preconcette e tolte ai sostenitori delle più diverse idee, troviamo:

Forcipe	27	volte
Versione	2	»
Embriotomia	2	»
Parto spontaneo di feti maturi	11	»
Parto spontaneo di feti prematuri	6	»
Conversione spontanea della presentazione del fronte in faccia	10	»
Conversione artificiale della presentazione del fronte in faccia	7	»
Conversione spontanea della presentazione del fronte in vertice	1	»
Leva	1	»
Isterostamotomia . . .	1	»

Tali risultati non giustificano certo il pessimismo del Dr. Chiarleoni, che in un lavoro pubblicato quasi in risposta al mio, od almeno da questo occasionato, (per quanto da alcuni anni egli avesse rivolto la propria attenzione a questo argomento) vorrebbe paragonare la presentazione permanente del fronte a quella della spalla Vi si oppongono le considerazioni teoretiche, vi si oppone la clinica

colla eloquenza delle cifre. Prescindendo infatti dai casi in cui la presentazione del fronte si converti spontaneamente od artificialmente in quella della faccia o del vertice, noi abbiamo un numero troppo grande di parti spontanei perchè tale paragone possa sussistere. Il Dr. Chiarleoni, il quale per altro in molti punti trovasi in accordo colle idee espresse nel mio lavoro, dissente in riguardo ad una parte della mia seconda conclusione, che cioè a parte presentata discesa alla parte media dello scavo od al distretto inferiore, l'*arte interverrà in condizioni nè difficili nè pericolose nè per la madre nè per il feto.* Ora il Chiarleoni ammette con me essere cosa facile la correzione facciale, per cui non saprei vedere la causa del nostro dissenso se non nel fatto che egli ammette come cosa *che in generale debba mancare* il movimento di rotazione interna destinato a portare sotto il pnbe la regione sopranasale, per cui nell'appendice del suo lavoro egli scrive: « *Si comprenderà di leggieri il perchè ogni qualunque moto rotatorio impresso al forcipe possa farsi causa di guasti non sempre lievi.* Ma questo movimento di rotazione interna avviene così costantemente che sopra 64 casi venne a mancare solo due volte, per cui, tolta la premessa cosa ne resta della conclusione che ne deriverebbe in modo logico? Del resto è questa una questione aperta che io sono pago di aver sollevata colla pubblicazione della mia memoria, chiamando così nella lizza valenti campioni. Altri fatti raccolti successivamente apporteranno forse nuovo appoggio alle idee da me espresse.

CAPITOLO VI.

Parto abortivo.

Nel quinquennio, come già ebbi ad osservare, si ebbero 30 parti abortivi, il qual numero, per quanto esiguo in rapporto colla straordinaria frequenza dell'aborto, supera nondimeno di molto la proporzione avuta nel biennio antecedente, in cui non si osservarono che 6 parti abortivi. L'eziologia dell'aborto, per quanto bene studiata dogmaticamente e clinicamente, nel caso concreto non può essere disvelata che con molta difficoltà, specialmente negli Ospizi, ammenochè la causa non sia per sè evidente. In alcuni casi le manifestazioni sifilitiche erano così evidenti da non essere in dubbio nell'attribuire l'aborto alla infezione celtica. In altri due casi, invece ,momenti meccanici erano palesemente i

fattori provocatori dell'aborto. In un caso (N. 144, anno 1877) fu una percossa brutale del marito in corrispondenza della regione ipogastrica la causa del travaglio abortivo, poichè ad essa tenne dietro bentosto uno sgocciolio di sangue dai genitali. L'andamento fu per altro felice, e l'uovo (di 9-10 settimane circa) venne espulso intiero.

Nell'altro caso invece, la causa probabile dell'aborto la si deve ricercare nella concomitante retroversione uterina. Lo spostamento del corpo dell'utero all'indietro era almeno l'unico fattore che nel caso concreto si potesse prendere in considerazione, quantunque non vi fosse alcun fenomeno d'incarceramento, poichè la gravidanza era del resto giunta soltanto al suo terzo mese, e quantunque non vi fossero neppure gli effetti della compressione del collo vescicale. La retroversione era soltanto di secondo grado, ed il travaglio abortivo decorse regolarmente. In altro lavoro ebbi già campo a dimostrare colla scorta dei fatti clinici, come per altro la ritenzione dell'urina, per quanto frequente, non fosse poi un fatto costante, e come più di sovente di quanto si creda, l'ammalata sfugga ai pericoli dell'incarceramento dell'utero gravido per la riduzione spontanea che compiesi nel corso della gravidanza. Tutte e trenta le donne che abortirono nell'Ospizio uscirono guarite.

In sei casi si fece l'estrazione digitale di resti ovulari, mentre in un altro caso (N. 68, anno 1878), si dovette ricorrere alla dilatazione del canale cervicale mediante coni di spugna preparata ed all'uso degli strumenti. Nei sei casi il nostro intervento fu giustificato dalla emorragia, nell'altro caso dall'insorgenza della febbre. Ciò indica che se la scuola non rifiuta una aspettativa *vigilante,* è pronta per altro ad intervenire attivamente al primo allarme. Se il medico pratico cercasse nei libri il *modus agendi* nei casi di aborto, ovvero nei casi in cui i resti ovulari rimasero nella cavità uterina, si troverebbe oltremodo imbarazzato fra tante e così gravi divergenze. Da Moreau, il quale spiegava i suoi felici successi col motto: *j'ai su attendre,* venendo giù fino a Fehling, che vorrebbe proscrivere una condotta aspettante ed intervenire ogni volta attivamente e così attivamente quanto prima non si era neppur ideato, si possono trovare tutte le gradazioni e quel che più par strano, trovare giustificate dai fatti *allegati* le più opposte opinioni e le pratiche più divergenti. Se io faccio motto di queste questioni, egli è che in questi ultimi anni le vedo se-

riamente agitate nei periodici della specialità, specialmente in Germania, dove la comparsa della memoria di Fehling (*Archiv für Gynaekologie,* Bnd. XIII) apportava un gran colpo al metodo aspettante, e mi sembra che in un rendiconto clinico non sia fuor di posto una discussione di simil fatta in base ai fatti osservati, tanto più che la schiera dei pochi casi osservati in Clinica venne di molto ingrossata dal contingente della policlinica. La questione fu sempre posta in questi termini: metodo aspettante od intervento attivo

Nessuno più di Fehling ha elevato a metodo l'intervento attivo. Se si tratta di un aborto al suo inizio senza fenomeni inquietanti, allora egli si appiglia al tamponamento; dopo qualche tempo se l'uovo è impegnato nel canale cervicale e questo è accessibile al dito, egli lo allontana e con esso ogni avanzo deciduale, e se la resistenza è offerta dall'orificio esterno, egli non esita a superarla col dito o col metrotomo. Che se poi malgrado un tamponamento di 10-20 ore l'uovo rimanesse nell'utero, egli si accinge alla sua estrazione, ben inteso circondandosi di scrupolose cautele antisettiche. Egli interviene sempre il più presto possibile quando il sacco è rotto e non ci sono che i resti ovulari. Io non mi spingo sino ad adottare in tutto le idee di Fehling riguardo al governo del travaglio abortivo, ma certo mi dichiaro partigiano dell'intervento attivo ogniqualvolta si tratti di resti ovulari non solo quando accidenti minacciosi già esistono, ma anche in previsione di quelli che possono prossimamente manifestarsi o all'improvviso (emorragia) quando non sia presente l'opera del medico, od in modo così grave (setticoemia) da renderla frustranea. Io stesso ho osservato casi in cui la placenta venne espulsa qualche settimana più tardi, ed un caso in cui tale espulsione si effettuò spontaneamente circa due mesi dopo l'espulsione dell'embrione, ma tali casi non compensano punto quelli miserandi e numerosi (ne vidi due in un sol anno) in cui la donna dovette soccombere per setticoemia. E quelli che anche in presenza di alta temperatura, di brividi di freddo, di lochi fetidi si limitano alle irrigazioni vaginali, al chinino, alla segale, col pretesto della natura medicatrice, quelli non ne sono alleati, ma ne sono mancipii, e qualche volta l'aspettativa nasconde o l'irresolutezza dell'animo, o l'insipienza della mente. Del resto l'intervento attivo in questi tempi ha acquistato un potente alleato nella medicatura antisettica e la dilatazione del collo mediante sostanze acconciamente disinfettate e

preparate, ed il raschiamento stesso eventuale della cavità uterina sono divenute operazioni innocenti. Quest'ultima in alcuni casi può divenire tanto più necessaria attualmente in cui da tante parti si dimostrò il nesso causale tra la permanenza di resti deciduali e alcune affezioni uterine. Ad ogni modo oggidì pochi vorrebbero sottoscrivere alle parole di Denman, il quale scriveva doversi meno temere dalla ritenzione di una placenta putrida, che non dai tentativi fatti coi rimedi ordinari o con l'intervento manuale.

CAPITOLO VII.

Procidenze.

Non essendosi osservate procidenze del piede solo, distingueremo le procidenze osservate in tre serie: del funicolo, della mano, composte. Nelle seguenti osservazioni, saranno compendiate le più importanti circostanze di fatto.

A. — Del Funicolo.

N. 4 - Anno 1875. — IIpara - pelvi normale - presentazione ovoide podalico completo in posizione S. I. D. A. - procidenza di un'ansa di funicolo lungo 10 ctm. all'atto della rottura delle membrane - parto spontaneo di feto vivo.

N. 129 - Anno 1875. — Ipara - pelvi piatta - C. E. 17 - Presentazione di vertice in posizione O. I. D. P. - procidenza di una lunga ansa di cordone - riposizione di esso mediante la mano, ponendo la donna carponi - parto spontaneo di feto morto del peso di grm. 2650 - lunghezza del funicolo ctm. 70.

N. 132 - Anno 1875. — Ipara - pelvi piatta rachitica - C. D. 88 - provocazione del parto prematuro per albuminuria e stenosi pelvica - presentazione delle natiche in S. I. S. A. - procidenza del funicolo - estrazione di bambina viva del peso di grm. 2300 - placenta a racchetta.

N. 171 - Anno 1875 — Ipara - pelvi piatta rachitica - C. D. 80 - in travaglio da tre giorni al suo ingresso - feto morto in presen-

tazione di vertice in O. I. S. A. - procidenza di un'ansa di funicolo - liberazione mediante l'embriotomia - peso del feto 2400 senza cervello - guarigione.

N. 252 - Anno 1875. — IIIpara, d'anni 32, attendente alla casa: alta m. 1. 47 - osteomalacia ancora poco avanzata e datante dall'ultimo allattamento 2 anni prima - presentazione di vertice in O. I. D. A. - Procidenza del cordone pulsante a sinistra lateralmente - Riduzione manuale - parto spontaneo di feto vivo del peso di grm. 2500 - Cordone lungo 60 ctm.

N. 13 - Anno 1876. — Ipara, d'anni 24, di professione servente - pelvi piatta - presentazione di vertice in posizione O. I. A. D. - procidenza del funicolo - riposizione di esso colla siringa elastica che si lascia nella cavità uterina - parto spontaneo di feto vivo del peso di grm. 3210 - cordone lungo 35 ctm.

N. 121 - Anno 1877. — Ipara, d'anni 33, passamantiera - pelvi rachitica - C. V. 80 - Presentazione di vertice in O. I. D. T. - procidenza del funicolo - riduzione colla siringa - qualche ora più tardi il battito si fa irregolare, e si procede ad una applicazione di forcipe nello scavo, estraendo un bambino morto del peso di grm. 2970.

N. 130 - Anno 1877. — Ipara, d'anni 33, filatrice in seta - bacino piatto rachitico - C. V. 85 - vertice in O. I. D. T. - procidenza di funicolo a 5 ctm. di dilatazione - riduzione colla siringa, il battito si estingue - craniotomia e cranioclaste per l'alta febbre della donna.

N. 146 - Anno 1877. — IIIpara, d'anni 30, ricamatrice - pelvi piatta - C. V. 75 - provocazione del parto prematuro - procidenza del funicolo - riduzione - fattosi nuovamente procidente lo si riduce nuovamente ponendo la donna sul fianco - riproduzione della procidenza, ed essendo il funicolo pulsante, si pratica la versione a testa ancora mobilissima, estraendo un feto del peso di grm. 2020, asfittico, che non si riesce a rianimare.

N. 153 - Anno 1877. — IIpara, d'anni 26, contadina - pelvi normale - il parto s'inizia a termine di gravidanza - procidenza del cordone ombellicale non più pulsante che si riscontra solo dopo la rottura spontanea delle membrane - vertice in O. I. S. A. - parto spontaneo di feto del peso di grm. 3200 - periodo dilatante 4. 30 - periodo espulsivo 45 minuti.

N. 156 - Anno 1877. — Ipara, d'anni 25, servente - pelvi normale ovoide podalico in S. I. D. A. - procidenza del funicolo pulsante - inerzia uterina - estrazione del feto asfittico rianimato del peso di grm. 2200.

N. 197 - Anno 1877. — IIIpara, d'anni 27, contadina - pelvi normale - spalla destra D. A. - funicolo procidente - versione - feto vivo del peso di grm. 2800.

N. 316 - Anno 1877. — Ipara - pelvi rachitica - provocazione di parto prematuro nell'ottavo mese - procidenza del funicolo e morte del bambino - embriotomia.

N. 3 - Anno 1878. — IIpara - bacino cifotico - scoliotico rachitico - C D. 88-94 - Presentazione di vertice in O. I. S. T. - procidenza del funicolo ombellicale - riduzione colla siringa non riuscita - riduzione colla mano a dilatazione quasi completa - la riduzione si mantenne ed il battito si rifece regolare - più tardi, non bastando le contrazioni uterine a superare l'ostacolo, applicazione di forcipe allo stretto superiore - si estrae un bambino morto del peso di grm. 2820.

N. 31 - Anno 1878. — IVpara, d'anni 29 - bacino piatto - C. D. 90 - travaglio prematuro - vertice mobile in O. I. S. A. - procidenza del funicolo alla rottura delle membrane, si tenta la riduzione del funicolo colla siringa ma non riesce - parto spontaneo morto di grm. 2650.

N. 33 - Anno 1878. — VIIpara, d'anni 31 - bacino piatto - entra nell'Ospizio in travaglio - presentazione di vertice in O. I. D. P. - procidenza di funicolo non più pulsante a 2 ctm. di dilatazione - parto spontaneo - feto del peso di grm. 2770.

N. 46 - Anno 1878. — IIpara - pelvi piatta rachitica - inizio spontaneo di parto prematuro - al suo ingresso presentava prolabente una lunga ansa di funicolo non più pulsante - craniotomia e cranioclastia - peso del feto senza cervello 1930 grm.

N. 119 - Anno 1878 — Vpara - bacino pseudo-osteomalacico - C. D. 90 - condotta nell'Ospizio in travaglio con rottura d'utero e procidenza del funicolo - embriotomia.

N. 130 - Anno 1878. — IIIpara - pelvi piatta - C. D. 95 - vertice

in O. I. S. A. - procidenza di funicolo - battito cardiaco rallentato (60-80 al minuto) - scolo di meconio - forcipe allo stretto superiore - feto asfittico, rianimato, del peso di grm. 2750.

N. 202 - Anno 1878. — Ipara - bacino piatto - C. D. 74 - feto morto in presentazione di vertice O. I. D. A. con funicolo procidente - embriotomia.

N. 230 - Anno 1878. — IIIpara - pelvi piatta - presentazione del piano laterale sinistro - dorso anteriore con procidenza del funicolo non pulsante - evoluzione artificiale mediante l'uncino acuto.

N. 26 - Anno 1879. — IIIpara - pelvi piatta - C. D. 88 - spalla sinistra D. P. - provocazione del parto prematuro - versione cefalica con manovre esterne, procidenza del funicolo - forcipe infruttuoso - embriotomia.

N. 31 - Anno 1879. — IIIpara - pelvi piatta rachitica - spalla sinistra D. A. - parto prematuro - procidenza del funicolo - versione - feto vivo del peso di 2100.

N. 73 - Anno 1879. — IXpara - pelvi piatta - vertice O. I. D. P. ridotta - procidenza di funicolo al momento della rottura delle membrane - periodo espulsivo 10 minuti - parto spontaneo di bambino gravemente asfittico, rianimato del peso di grm. 3670.

N. 97 - Anno 1879. — Ipara - pelvi piatta rachitica - C. D. 80-85 - vertice O. I. D. P. - procidenza funicolo - bambino morto - embriotomia - peso del feto grm. 2500.

N. 101 - Anno 1879. — IIpara - pelvi universalmente e regolarmente ristretta - Sp. 20. Cr. 22. Vertice in O. I. S. A. - procidenza di funicolo pulsante al momento della rottura delle membrane a dilatazione completa - rapida discesa della testa al distretto inferiore - forcipe Simpson - feto vivo del peso di grm. 3000.

N. 141 - Anno 1879. — Ipara, d'anni 22 - pelvi piatta - vertice in O. I. S. A. - procidenza di funicolo a dilatazione di 5 ctm. ed a testa impegnata - tentativo di riduzione colla siringa ponendo la donna *more quadrupedum* - Insuccesso - morte del bambino - parto spontaneo di feto del peso di grm. 2570.

N. 174 - Anno 1879. — IVpara - pelvi normale - spalla destra - dorso posteriore con procidenza di funicolo a dilatazione di 2 ctm. e membrane integre - versione cefalica spontanea per cui si ha una presentazione di vertice in O. I. D. P. con persistenza della procidenza del funicolo - applicazione di forcipe - feto morto del peso di grm. 3080.

B. — Della mano.

N. 17 - Anno 1875. — Ipara - pelvi normale - gravidanza a termine - consociazione di ambo le mani col vertice - parto spontaneo di feto vivo del peso di grm. 2880.

N. 115 - Anno 1875. — IVpara - pelvi normale - gravidanza a termine - presentazione di vertice in O. I. D. P. - consociazione della mano destra, stretta al collo del feto da 2 giri di cordone - parto spontaneo, previa rotazione anteriore dell'occipite - Bambino vivo del peso di grm. 3120.

N. 143 - Anno 1877. — IIpara, d'anni 31 - pelvi normale - la prima gravidanza occorse regolarmente a termine con parto spontaneo - - inizio del parto a termine - vertice in O. I D. P. - consociazione della mano destra - sua riduzione a testa ancora mobile - parto spontaneo di bambino vivo del peso di grm. 3220.

N. 275 - Anno 1879. — IIIpara, d'anni 29, contadina, pelvi rachitica piatta - C. V. 78-80 - provocazione del parto prematuro alla fine dell'ottavo (metodo Krause) - vertice in O. I. S. A. - procidenza della mano destra - riduzione spontanea - forcipe per febbre della madre - feto vivo del peso di grm. 2150.

C. — Procidenze composte.

N. 205 - Anno 1877. — IIpara, d'anni 33, servente - pelvi rachitica - C. D. 83 - provocazione del parto prematuro - presentazione di vertice in O. I. S. A. - procidenza del funicolo pulsante e del gomito destro - il gomito viene ridotto - si tenta ridurre il funicolo colla mano, ma la procidenza si riproduce, e non ha miglior sorte la riduzione colla siringa - si procede quindi al rivolgimento - il bambino del peso di grm. 2110 soccombe durante l'estrazione.

N. 153 - Anno 1879. — VIIIpara, d'anni 29 - pelvi normale - vertice in O. I. D. P. - mobile allo stretto superiore - procidenza del funicolo pulsante - associazione della mano destra - rivolgimento - estrazione di bambino asfittico facilmente rianimato del peso di grm. 2750.

N. 244 - Anno 1879. — IVpara, d'anni 29 - vertice in D. T. con procidenza del funicolo, della mano destra e del piede destro - feto morto - a domicilio tentativi infruttuosi di rivolgimento e di forcipe - nell'Ospizio embriotomia - feto grm. 3570.

N. 245 - Anno 1879. — Vpara, d'anni 35 - bacino piatto - C. V. 88-90 - vertice in O. I. S. A. con procidenza della mano destra e del funicolo - riduzione spontanea della mano - parto spontaneo rapido - periodo espulsivo 5 minuti - feto asfittico che sopravvive 10 minuti, del peso di grm. 1850.

Nel quinquennio si osservarono quindi 36 casi di procidenze così suddivisi:

28 volte il solo funicolo.
3 » la mano destra.
1 » ambe le mani.
2 » il funicolo colla mano destra.
1 » il funicolo col gomito destro.
1 » il funicolo colla mano destra e col piede destro.

Quest'ultimo rappresenta un bell'esempio di causa di procidenza dovuta all'ostetrico. La procidenza della mano è la meno grave, vuoi perchè meccanicamente non ostacola gravemente il parto se la pelvi è normale, vuoi perchè è frequente la riduzione spontanea di essa quando la regione radio-carpica non ha oltrepassato l'equatore della testa. Allora essa rappresenta una specie di bietta coll'apice in basso e durante le contrazioni uterine che fanno discendere il capo, essa si eleva e qualche volta il tocco del dito esploratore procurando la retrazione riflessa di essa, è bastato alla sua riduzione che fu spontanea in tre dei casi riportati, manuale in uno.

Nelle procidenze complesse il fatto più importante pel feto è costituito dalla procidenza del funicolo, e quello più aggravante per la madre è costituito dalla procidenza del piede, ammenochè,

essendo ancora presenti le condizioni favorevoli per la versione, questo non ci offrisse invece l'opportunità di portarla tosto a compimento.

Nel seguente specchio sono riunite le circostanze speciali che possono aver influito come momenti eziologici nella produzione della procidenza:

	Procidenza del funicolo	Procidenza della mano	Procidenze composte
Pluriparità	17	3	4
Present. dell'ovoide podalico	3	—	—
Presentazione del tronco	5	—	—
Stenosi pelvica	22	1	3
Prematuranza	8	1	2
Lunghezza del funicolo	1	—	—
L'Ostetrico	—	—	1

Rivolgiamo ora la nostra attenzione alla procidenza più importante e più frequente, quella del funicolo, che noi osservammo nel quinquennio nella proporzione di 1 per ogni 54 parti, molto maggiore di quella data da Churchill di 1 sopra 282. Chè se noi teniamo soltanto calcolo delle presentazioni del vertice, allora dalle dette osservazioni si vede come questo si sia trovato associato 20 volte col funicolo, per cui si avrebbe la proporzione di 1 per ogni 69,70 presentazioni del vertice ancor più discosta dall'eguale statistica di Scanzoni di 1 per ogni 304 presentazioni del vertice. Ciò tiene senza dubbio all'ingente numero di stenosi pelviche che, mentre impediscono l'esatto adattamento del segmento uterino inferiore alla parte presentata, facilitano anche il meccanismo attivo di produzione della procidenza di funicolo, propulso dalla contrazione uterina stessa, come Roberton ed altri illustrarono recentemente.

Merita speciale ricordo l'ultima osservazione di procidenza di funicolo in cui alla presentazione primitiva della spalla si sostituì spontaneamente il vertice, pur rimanendo prolabente il funicolo, osservazione che costituirebbe un argomento clinico in favore della controindicazione delle versione cefalica esterna, così nettamente stabilita da Schroeder laddove scrive a proposito della versione con manovre esterne: « Esiste un gran numero di contro-« indicazioni di cui una sola, supposto il bambino vivo, merita « una considerazione speciale. È la procidenza del cordone, se il

« cordone è prolabente quando l'orificio è ancora poco dilatato, è « meglio attendere, poichè la testa deviata lateralmente non com- « prime il cordone. Ma se l'orificio è dilatato a sufficienza, si deve « preferire la terminazione immediata del parto colla versione « podalica seguita dalla estrazione alla riduzione del cordone se- « guita dalla versione cefalica. »

L'osservazione poi n. 26, anno 1879, pone in luce una eventualità possibile della versione esterna. In essa infatti, con manovre esterne alla spalla si sostitui il vertice, ma con questo si trasse sull'area dello stretto superiore anche un'ansa di funicolo.

Se noi badiamo alle operazioni richieste nelle osservazioni sovraesposte, vediamo:

Riduzione manuale	5
Riduzione strumentale . .	5
Estrazione	2
Versione	3
Forcipe	6
Embriotomia	7

In parecchi casi si ricorse successivamente a parecchi atti operativi, e così pure evidentemente, come del resto si vede dalla lettura delle osservazioni, le operazioni accennate non furono tutte richieste dalla procidenza del funicolo, ma da condizioni concomitanti specialmente dalla stenosi pelvica. Sopra 28 casi non si ebbero che dieci bambini vivi, ma è a notarsi l'attenuante essenziale che dei 28 feti dieci erano premorti, per cui si avrebbero nella clinica 10 bambini salvati sopra 18. Ma dal punto di vista clinico non tutti i casi offrono il medesimo interesse, poichè dei dieci bambini salvati, cinque si presentarono coll'ovoide podalico o col tronco, ed è notorio come tali presentazioni sieno favorevoli nei casi di procidenza di funicolo alla vita del feto. In molti casi la riduzione manuale o strumentale riuscì infruttuosa, ovvero la procidenza si riprodusse, oppure non riprodottasi essa, la vita del feto volse egualmente e rapidamente al suo fine. Per altro in due casi si ebbe con essa un esito completo, per cui non potrebbe ammettersi in tutta la sua crudezza la sentenza di Boer che la riduzione del cordone sia paragonabile al lavoro delle Danaidi. In due casi anche il forcipe ci diede ottimo risultato, ed in un caso si ebbe un bambino vivo con parto spontaneo in presentazione

di vertice. Certo la versione la quale in casi di procidenze complesse, se possibile, e se il bambino è vivo, diventa quasi d'obbligo, anche nei casi di procidenza del solo funicolo, se esistono per essa le condizioni favorevoli, può offrire ragionevoli speranze di successo felice. Ne fa fede la recente dissertazione inaugurale di Schlueter: in 25 casi di presentazione del vertice venne praticata la versione e la successiva estrazione e venti bambini furono estratti vivi. Ma tale opportunità ci si presenta ben di rado in questa clinica.

RASSEGNA

C. Schroeder. — Manuale di Ostetricia, trad. italiana sopra la sesta edizione tedesca del dott. Giovanni Rocca, già allievo del R. Collegio Carlo Alberto ed allievo capo-interno alla Clinica e Scuola Ostetrica di Torino, con prefazione ed aggiunte del cav. Domenico Tibone, Professore di Ostetricia e Direttore della Clinica Ostetrica nella R. Univ. di Torino. — (Biblioteca Medica Contemporanea della Casa editrice Dott. Francesco Vallardi).

Non è gran tempo il Prof. Semmola di Napoli scriveva assai giustamente: « Molti anni sono sgraziatamente trascorsi, durante i quali l'Italia « medica non si è alimentata che di idee tedesche, di libri tedeschi e « di *una folla di traduzioni spesse volte cattive* di lavori, la cui qualità « importava poco, purchè fossero tedeschi (1). » In questa folla, forse perchè meritevolissimo, non contava finora il libro dello Schroeder che fin dalla sua 1ª edizione si mise alla testa de' libri congeneri sì forestieri che nostrani. Questa lacuna, nuova prova della logica umana e de' traduttori specialmente, viene ora colmata dal solerte editore milanese.

Il libro dell'eminente ostetrico berlinese non ha più bisogno di critica nè di rassegne, e il Vallardi ebbe una felice inspirazione decidendosi a dare veste italiana piuttosto a questo che a un altro libro forestiero di ostetricia. — Questo peraltro, sebbene modestamente intitolato *Manuale*, non è molto adatto, a nostro avviso almeno, agli studenti e al pratico generico; è piuttosto un'ottima guida per l'insegnante che trova, nelle

(1) M. Semmola. Prefazione alla traduzione francese di Medicina vecchia e Medicina nuova. — Vedi *La Scuola Medica Napoletana*, Anno IV, Fascicolo 8°, agosto 1881.

sue pagine fitte fitte, condensate preziose nozioni e indicazioni d'ogni fatta circa le più alte ed importanti questioni ostetriche sia che queste aspettino ancora una soluzione, sia che questa conti tra i fatti anche solo da ieri. — Pertanto volendo farne una versione italiana, corredata di aggiunte e di note noi crediamo che l'impresa debba imperniarsi nello scopo di farne un libro di testo per gli studenti, e una guida per i medici pratici, quelli almeno che non sono specialisti o non praticano in qualche istituto speciale, pur facendo condegno posto alla ostetricia italiana. E che ciò sia ne affida quanto scrive l'egregio traduttore.

« Degli avanzamenti che da noi ha fatto l'ostetricia (dice il Dottor « Rocca) non per malevolenza o disistima, ma perchè la nostra lettera- « tura medica è poco nota all'estero, lo Schröder non dice molto. — Il « Prof. Tibone sia traendo partito delle opere de' maestri italiani, sia « commentando i luoghi troppo brevi, darà al libro con il suo nome e « con le aggiunte un carattere di italianità. » — Dire se l'egregio e dotto clinico torinese abbia raggiunto lo intento adesso non potremmo, chè la pubblicazione tocca il terzo appena della mole del libro, e naturalmente per giudicare del piano seguito dallo annotatore, del nesso logico delle note e aggiunte non che del loro valore pratico e scientifico, vorrebbesi avere sott'occhio l'opera compiuta; gli è quanto faremo allora. In oggi ci limitiamo a questo fugacissimo cenno che vuol essere tenuto in conto piuttosto che di un giudizio, di un annuncio a' nostri lettori, e di un invito a coloro tra essi che non sono famigliari con l'idioma tedesco, a confortare di aiuto materiale la impresa del Vallardi. La pubblicazione procede ora rapida e regolare, e con il 5° fascicolo raggiunge la pag. 240. — Da parte del Prof. Tibone troviamo alla pag. 3 una nota sulla denominazione de' diametri della pelvi sulla quale si fa desiderare sempre la uniformità tra i clinici e gli scrittori; una 2ª a pag. 6 dove rappresenta con figure schematiche il rapporto proporzionale de' varii diametri; una 3ª a pag. 11 sull'asse della pelvi; è una nota piuttosto lunga in cui vengono esposte le idee sull'argomento del Prof. G. B. Fabbri; a pag. 42 ne troviamo un'altra pure assai importante che riferisce il concetto che ha della placenta il Prof. G. B. Ercolani; le pag. 54, 55, 56, 57 sono tutte del Tibone che vi discorre delle dimensioni del feto, e di alcune particolarità anatomiche di esso desunte dal noto lavoro di Ribemont; la pag. 61 porta una nota sul diametro biparietale ostetrico illustrata da una figura che rappresenta il misuratore di cotesto diametro; la pag. 64 un sunto della memoria di Moriggia: *Sui poteri digerenti e digestione del feto*, e da ultimo a pag. 85, 86, 87 troviamo riferito il calendario circolare della gravidanza escogitato dal professore torinese; ne' rimanenti tre fascicoli non trovammo aggiunte nè note.

La traduzione ci parve commendevole, non sono in essa quelle adulterazioni del pensiero dell'autore e quegli strappi alla sintassi e grammatica italiana che fecero scrivere parole indignate al De Sanctis, al Sem-

mola e a tanti altri; l'egregio Dott. Rocca compiè bene il suo dovere di traduttore — dovere che, visti gli esempi pessimi che formicolano diventa un altissimo pregio del quale gli porgiamo sinceri rallegramenti

D. C.

Congresso Medico Internazionale di Londra.

Il Congresso tenutosi in Londra nel mese di agosto resterà certo tra i più memorabili, vuoi pel numero dei medici accorsi a portare il contributo del loro lavoro, vuoi per le cordiali, splendide, fastose accoglienze da essi avute. La grande metropoli dell'impero Britannico non poteva esercitare in miglior modo la sua ospitalità ed i medici intervenuti difficilmente avrebbero potuto trovare una sede in cui si potesse loro offrire contemporaneamente occasione e di presenziare i lavori del Congresso e di trovare ampio pascolo alla osservazione ed alla meditazione in numerosi e grandi ospedali e di fruire nello stesso tempo di tutte quelle ricreazioni, di quei sollazzi del corpo e dello spirito che solo può dare una grande città. Tra i medici primati della capitale fu una gara universale nel festeggiare i medici accorsi a qualunque nazionalità appartenessero ed in tutti deve essere certo rimasto gratissimo ricordo della accoglienza avuta. Il numero straordinario degli intervenuti, superiore ai 3000, dimostra a quale enorme lavoro dovette sobbarcarsi la commissione ordinatrice del Congresso, ed a ragione William Mac Cormac, che ne fu il Segretario generale, venne da un giornalista inglese chiamato il Carnot di questo Congresso medico internazionale. Basta il dire che furono spedite non meno di 120,000 circolari.

La vasta sala di St. James (St. James Hall) la mattina della seduta inaugurale (3 agosto) era straordinariamente affollata, ed offriva uno degli spettacoli più imponenti. Ogni contrada del mondo aveva, si può dire, i suoi rappresentanti medici, e la presenza di quanto di più eletto conta la scienza dei due mondi, e la presenza del Principe di Galles e del Principe Imperiale di Germania accrescevano solennità all'adunanza.

Non confacendosi coll'indole di un giornale di specialità l'entrare in particolari sulle generalità del Congresso mi limiterò pel contrario a svolgere la parte che si riferisce più direttamente al genere di studii da me prediletto e rappresentato dal nostro giornale.

La sezione 6ª comprese l'ostetricia e la ginecologia e l'ufficio venne così costituito:

Presidente

MAC CLINTOK, Dublino.

Vice-Presidenti

BARNES — BRAXTON HICKS, Duncan — PRIESTLEY.

Consiglio

ATTHILL, Dublino
BASSETT, Birmingham
BRAITHWAITE, Leeds
BYRNE, Dublino
GERVIS, Londra
GRAILY HEWITT, Londra
KEILLER, Edinburgo
KIDD, Dublino
MACDONALD, Edinburgo
MEADOWS, Londra
MURRAY
PLAYFAIR, Londra
POTTER, Londra
SIMPSON, Edinburgo
SINCLAIR, Londra
SWAYNE, Bristol
THORNBURN, Manchester
THORNTON, Londra

Segretarii

GALABIN — JOHN WILLIAMS.

Comincieremo col dar tradotto il discorso con cui il Presidente inaugurava i lavori della sessione.

Signori,

Nell'aprire la sezione ostetrica di questo settimo Congresso medico internazionale, il primo e più grato dovere che incombe al vostro Presidente è di dare cordialmente il benvenuto a quei membri di altre nazionalità o a quelli provenienti da colonie inglesi distanti, qui convenuti a prendere parte ai lavori in questa adunanza, forse la più grande di quante siensi mai riunite in ogni tempo e in ogni luogo.

Io vi saluto cordialmente non solo per parte dei Membri del Consiglio della Sezione speciale a cui io ho l'onore di presiedere, ma altresì per parte degli ostetrici e dei ginecologi di Inghilterra, di Scozia, di Irlanda.

Noi siamo orgogliosi e felici di trovarci qua su terra britannica con tanti nostri confratelli convenuti dalle diverse parti del mondo civilizzato, ma specialmente dalla Germania, dalla Francia e dall'America e di dar loro un amichevole saluto non soltanto in omaggio ai loro meriti individuali ed alla loro grande riputazione, ma altresì come rappresentanti di quelle grandi Scuole ostetriche sovra cui sparsero tanto lustro imperituro i nomi di Mauriceau, di Levret, di Baudeloque, di Dubois, di Roederer, di Siebold, di Naegele, di Kiwisch, di Scanzoni, di Bard, di Dewees, di Meigs e di Hodge (1).

---

(1) L'oratore non fa cenno alla Scuola italiana ed a quella fiamminga e belga

Non ultimo tra gli obbietti contemplati in questo Congresso è lo scambio di amichevoli sentimenti fra i suoi membri. Io sono pienamente persuaso che dalle nostre riunioni ne verrà beneficio a noi tutti non solo per l'attrito di mente con mente ma anche perchè nuove amicizie si stringeranno e le vecchie si cementeranno e sensi di mutua stima si svilupperanno in modo da rafforzare il vincolo di fratellanza che dovrebbe unire noi tutti compagni di lavoro nella medesima disciplina.

Ma prima di procedere oltre permettetemi di esprimere la mia profonda emozione per la inaspettata ed immeritata dignità a cui il Congresso volle innalzarmi col pormi a presiedere questa importante sezione; io sento essere questo il più alto ed il più lusinghiero onore della mia vita professionale. Esso è più che un compenso a 40 anni di lavoro, poichè esso stampa l'impronta dell'approvazione dei miei contemporanei sulla mia vita passata e nulla mi lascia nè di più degno nè di più elevato a cui io possa aspirare come segno di distinzione professionale. Nello stesso tempo, o signori, questo sentimento di giusto orgoglio e di esaltazione è mescolato con un sentimento molto pungente della mia incapacità, ed io mi sarei arretrato dinnanzi alla responsabilità del posto se nell'adempimento dei doveri ad esso inerenti non avessi avuto l'aiuto e la cooperazione di tanti uomini così eletti come quelli che costituiscono l'ufficio di Vice-Presidenza ed il Consiglio di questa sezione: essi, invero, sono i giganti sulle cui spalle io sorsi alla elevata posizione che la mia buona fortuna mi fece occupare in questo Congresso

Essendo questa la prima volta che il Congresso Medico Internazionale si raduna in Londra non sarà inopportuno il passare in rassegna alcuni tra i più eminenti ostetrici che vissero e professarono in questa città e che coi loro scritti, col loro insegnamento, colle loro scoperte, hanno contribuito in non piccola misura allo sviluppo della ostetricia e della ginecologia, nonchè alla fama medico-chirurgica di Londra.

Io devo, per altro, studiare di essere breve desiderando di tenermi il più che sia possibile entro il limite dei quindici minuti accordati per la lettura delle comunicazioni, onde porgere in tal modo un esempio di ossequio alle norme del Congresso.

In questo sguardo retrospettivo io trovo soltanto un nome che emerga nel secolo sedicesimo, il nome di Thomas Raynald, il traduttore del celebre trattato *De partu Hominis*, di Eucario Rhodion. L'edizione originale inglese, per cura di Raynald, apparve verso il 1540 e fu il primo trattato di ostetricia in lingua inglese e per cento anni fu la sola guida ed il solo libro di testo dei pratici ostetrici dell'uno e dell'altro sesso.

Nella 1ª parte del secolo XVII sorge un nome cospicuo, quello del-

---

che pur vantano nomi non inferiori a quelli ricordati, ma ciò tiene forse alla premessa che gli intervenuti erano in gran maggioranza americani, tedeschi, francesi. *(Nota del Traduttore).*

l' immortale William Harvey *(tanto homini nullum par elogium)* lo splendore della cui fama pare aumenti col volgere dei secoli. Egli, medico del re, spese quivi la maggior parte della sua vita e diede corsi di lezioni al Collegio Reale dei Medici sull'anatomia e sulla chirurgia. E noi sappiamo per testimonianza dei suoi contemporanei come Harvey fosse eccellente nell'ostetricia e nel trattamento delle malattie femminili.

Prima della pubblicazione dei suoi celebrati lavori sulla generazione, sul parto, sul concepimento, ecc., vi erano, secondo il Dott. Aveling, soltanto tre opere di ostetricia nel nostro linguaggio: esse erano le traduzioni di Rhodion, di Rueff, di Guillemeau. Il suo fu il primo libro di ostetricia scritto da un inglese, stampato nella nostra propria lingua e la influenza che esso ebbe sulla pratica di quel tempo potrebbe ora essere difficilmente apprezzata. Laonde il suo diritto alla eccellenza nella nostra sezione di medicina è fuori di questione. Con questa convinzione nelle nostre menti, noi più cordialmente concederemo i nostri applausi, quando la magnifica statua eretta alla sua memoria sarà scoperta a Folkestone, luogo della sua nascita, sabato prossimo; cerimonia questa che, posso permettermi l'osservazione, con buon gusto e discernimento fu disposta opportunamente in modo che questo grande Congresso medico potesse prendervi parte per tributare onore e rispetto alla memoria di uno dei più grandi scopritori nelle scienze mediche e conseguentemente uno dei più grandi benefattori della razza umana.

Contemporaneo ad Harvey fu un altro uomo notevole, Pietro Chamberlen, l'inventore del forcipe, indiscutibilmente il più prezioso strumento dell' intiero *armamentarium chirurgicum.* Sfortunatamente per lui, tuttavia, lo splendore della sua riputazione è oscurato dalla indegna egoistica condotta che gli fece tenere segreto lo strumento a vantaggio proprio e della famiglia. Egli fu padre del Dott. Ugo Chamberlen, il traduttore in lingua inglese delle opere di Mauriceau. E nella Abbazia di Westminster havvi un bel monumento eretto alla sua memoria dal suo patrono ed amico il duca di Buckingam. Non meno di cinque generazioni della famiglia dei Chamberlen furono qui eminenti nell'esercizio della professione medica ed il Dott. Pietro, che raggiunse un'età attempata, fu medico di cinque sovrani inglesi.

Verso la fine di questo secolo (XVII) ,Riccardo Wiseman « Serjeant-Chirurgeon (1) di Carlo I, pubblicò il suo *Trattato sulla Chirurgia*, nel quale egli dà una eccellente descrizione degli ascessi pelvici successivi al parto. Egli precedette in tal modo il saggio di Puzos sulla stessa malattia ed emette idee e viste molto più razionali e corrette sulla sua

---

(1) La parola *serjeant*, che si scrive anche *sergeant*, primitivamente in Inghilterra significava l'officiale il cui dovere era di accompagnare il Re alla Corte. Modernamente oltre al significato militare nostro di *sergente* ne può avere di altri affatto diversi. *(Nota del Traduttore.)*

eziologia. Il secolo XVIII era destinato a vedere un meraviglioso sviluppo dell'ostetricia così come di molte altre arti e scienze, e, come è da attendersi, Londra può vantarsi in questo periodo di parecchi eminenti ostetrici.

In ordine cronologico il primo ad essere ricordato è il Dott. Giovanni Arbuthnot, F. R. S. ed F. R. C. P. (1). medico della Regina Anna. Quantunque egli non abbia lasciato prove evidenti della sua eccellenza in ostetricia, pure egli fu a suoi tempi un ostetrico eminente e rifletteva sulla nostra casta un credito immenso in causa de' suoi rari talenti letterarii, della sua dottrina e della sua elevata posizione sociale. Egli era famigliare con ogni cosa che a scienza si riferisse e teneva un posto eminente tra i migliori scrittori e tra gli spiriti più forbiti di quell' età Augustea, uno dei quali (Swift o Pope) fa allusione in una sua poesia alla

« *Arbuthnot's soft obstetric hand* » (2)

Un uomo il quale fu considerato come amico ed eguale da Parnell, da Guy, da Bolingbroke, da Swift e da Pope non poteva a meno di essere ornamento e vanto di quella scienza alla quale egli aveva dedicato il suo vasto intelletto. Parlando di lui, Swift disse: « egli ha più spirito che noi tutti e la sua umanità è eguale al suo spirito. » Un più grande tributo non poteva essergli pagato.

Dopo, il più vicino ad essere ricordato è il Dott. Giovanni Maubray, non per qualche peculiare merito delle sue opere « *Female Physitian* » e « *Midwifery brought to Perfection* » (Ostetricia portata alla perfezione) ma perchè si crede sia stato il primo pubblico insegnante di ostetricia. Egli fece lezione, ci dice il Denmann, verso il 1724.

Quasi contemporaneo a Maubray fu Edmondo Chapman. Egli fu il secondo pubblico insegnante di ostetricia in questa città e merita la nostra eterna gratitudine per essere stato il primo a dare al mondo una descrizione di quel « nobile strumento » per usare la sua stessa frase, il segreto del quale i Chamberlen avevano tenuto per loro stessi per oltre cinquanta anni. Egli lo fece negli « *Edinburg Medical Essays* » e successivamente nel suo trattato « *Sul miglioramento dell' ostetricia specialmente in riguardo alla operazione* » intendendo per la operazione l' applicazione del forcipe. — La prima edizione di questo libro apparve nel 1733.

Attorno a questo medesimo periodo viveva pure Riccardo Manningham, F. R. S., un uomo di grandissima dottrina e di grande riputazione come fortunato pratico ostetrico. Egli fu l'autore di alcune opere ostetriche di

---

(1) F. R. S. significa *Fellow of the Royal Society* (membro della Società Reale): non sappiamo il significato dell'altra abbreviatura.

(Nota del Traduttore).

(2) « Alla delicata mano ostetrica di Arbuthnot. »

importanza temporaria ed il suo diritto ad essere ricordato proviene dalla circostanza che nell'anno 1739 egli aprì una sala nella Infermeria Parrocchiale di St. James, Westminster, esclusivamente per il ricovero delle partorienti, il primo della specie nella Gran Brettagna. Breve tempo dopo l'idea fu raccolta e diffusa ovunque e la grande Maternità di Dublino fu fondata dal Dott. Bartolomeo Mosse, e fu il primo Ospedale di questa specie nei dominii inglesi.

Lo stesso anno in cui Sir Richard Manningham apriva la sua sala ostetrica nella infermeria di St. James, un chirurgo di una piccola città di campagna in Scozia veniva a stabilirsi qui a Londra come ostetrico ed effettuava la più grande riforma che avesse avuto luogo nei principii e nella pratica della ostetricia. Questo uomo fu William Smellie, nome che sarà sempre rispettato in ogni dove l'ostetricia è coltivata come scienza. Per venti anni Smellie professò ed insegnò quivi e pubblicò il primo volume del suo trattato celebrato nel 1751, e le sue splendide tavole anatomiche nel 1754. Tra i suoi allievi, che più tardi divennero eminenti nella medesima branca della medicicina, furono William Hunter, Denman, David Mc Bride (di Dublino), Giovanni Giorgio Roederer (successivamente professore di ostetricia a Gottinga), James Lloyd di Boston ed il Dottor William Shippen, che fu in seguito professore di Ostetricia nella Università di Pensilvania: questi due ultimi furono, secondo il Prof. Parvin, i due primi pratici ostetrici americani. Con moltissimo piacere io vorrei dilungarmi sulla vita e sulle opere di questo uomo grande, ma debbo contentarmi di poche parole.

Smellie possedeva una meravigliosa capacità pel lavoro, ed acume di giudizio: ma oltre a ciò egli era dotato di una singolare facoltà di penetrazione dei fatti, che fece di lui un corretto e rigoroso osservatore della natura. Qui sta il segreto del suo buon successo senza rivali come riformatore e miglioratore della ostetricia. Lo sentì lui stesso, poichè nel ripassare la sua pratica egli disse: — « Io assistevo diligentemente al procedimento e all'opera della natura quali osservavo nella mia pratica, regolando e migliorando me stesso su quella infallibile guida » — (Caso 186 — Edizione della *Sydenham Society*). Veramente egli fu, lo dirò colle parole del Dott. Ugo Miller « un nobile carattere ed un esempio di vita intesa al lavoro. ».

Dopo due anni dacchè Smellie erasi stabilito in Londra, venne quivi a vivere con lui un giovane nativo della contea Scozzese di Lanarkshire, nella quale Smellie stesso era nato. Questo giovane era William Hunter, un nome famigliare a voi tutti, le cui tavole e le cui descrizioni dell'utero umano gravido guadagnarono al loro autore un posto così elevato tra gli scrittori di cose ostetriche. Per la sua grande riputazione come professore e come anatomico, aiutato senza dubbio dalla sua bella apparenza, da' suoi modi cortesi, dalla coltura della sua mente, divenne un fortunato competitore di Smellie nella pratica. Come lui egli pure dettò lezioni di

ostetricia, note manoscritte delle quali possono trovarsi in molte librerie. Il Dott. Matthews Duncan ci dice che il Collegio dei Medici possiede due bei volumi completi di tali note.

Nel 1748 Hunter fu nominato chirurgo ed ostetrico al Middlesex Hospitale e tosto dopo al BritishLying-in Hospital; poichè quantunque i medici lo disputino come appartenente a loro, non può esservi dubbio che Hunter non fosse chirurgo e membro della corporazione dei chirurghi di questa città.

Oltre ad essere un rivale, egli offriva per qualche riguardo un contrasto con Smellie. La Scuola ostetrica fondata da quest'ultimo fu acconciamente chiamata dal defunto Tyler Smith la Scuola meccanica per l'importanza che essa dava alle risorse dell'arte nell'aiutare l'atto del parto. Hunter, per contrario, poneva straordinario affidamento nei poteri della natura e confidava troppo nella *tintura di tempo* (invece di tradurre aspettazione ho creduto di dover conservare l'espressione umoristica inglese *tincture of time*). Di qui i suoi seguaci sono stati designati come appartenenti alla scuola fisiologica; e per la influenza della sua grande autorità essi formarono uno stuolo numeroso nel campo professionale e poterono vantare alcuni grandi nomi.

Quantunque noi possiamo riguardare Hunter come uno dei nostri ed appropriarci molta della gloria da cui è circondato il suo nome, pure è necessario, come osserva il Dott. Duncan « di indicare con un intendimento di equità come la sua fama ostetrica sia specialmente anatomica e come il suo più grande diritto alla nostra ammirazione e gratitudine provenga dall'opera sua anatomica » (*Harveian address*, 1876).

È un giusto vanto della Scuola ostetrica inglese, che sia stato dato formalmente un posto per la prima volta fra le operazioni ostetriche in questa città e verso l'anno 1756 a ciò che nel più vero e stretto senso della parola costituisce « il più conservativo di tutti gli spedienti dell'arte nostra. » Il riconoscimento nel campo professionale della induzione artificiale del travaglio prematuro fu il portato di una riunione medica tenutasi nel posto e nel tempo ora menzionati. Chi fosse in tale riunione il primo od il più strenuo avvocato dell'operazione non lo si sa; ma noi sappiamo che il primo ad attuarla fu il Dott. Macaulay, un pratico ostetrico di questa città. Egli è perciò naturale e giusto di immedesimare il suo nome con questo beneficentissimo mezzo e di accordargli un posto tra i molti distinti ostetrici che vissero e professarono quivi.

Uno dei più grandi ornamenti di quella fisiologica scuola di ostetrici fondata, possiamo dirlo, da William Hunter, fu Tommaso Denman, uomo di sanissimo criterio, di grande prudenza ed integerrimo. Per mezzo secolo egli diede lezioni e professò in questa città. La sua opera dal titolo « *Introduzione alla pratica dell' ostetricia* » è ben conosciuta dalla maggior parte di voi. Essa ha molti meriti speciali, ma a mio modo di vedere il principale consiste nella sua classificazione del travaglio, che è ad

un tempo comprensiva, patologica e pratica e serve quindi ai più alti scopi di un sistema di classificazione.

Se il tempo lo permettesse io potrei moltiplicare questi brevi schizzi in modo da comprendervi molti altri ostetrici di Londra i quali vissero all'inizio di questo secolo, di minor fama è vero, ma che pure si elevarono molto al disopra della mediocrità e che coi loro scritti, col loro insegnamento e colla loro pratica coadiuvarono efficacemente al progresso dell'ostetricia e della ginecologia. Io mi limiterò frattanto ad una pura rassegna dei loro nomi onorati, cioè John Clarke, Osborne, Leake, Bland, Merriman, Charles Clarke, Gooch, David Davis, Blundell, John Ramsbotham, Marshall Hall, Robert Lee, Robert Fergusson, Rigby jun., Francis Ramsbotham, Granville, Ashwell, Lever, Locock, Waller, Murphy, Tyler Smith, Oldham.

Questi uomini tutti vissero così vicino ai nostri tempi (almeno per coloro di noi che come io stesso raggiunsero il grande punto climaterico) che la nuda menzione dei loro nomi richiama nello stesso tempo i titoli e la natura dei loro rispettivi contributi al capitale della nostra scienza.

Delle celebrità ostetriche viventi, che fanno di questa città la scena della loro operosità e della loro influenza, mi astengo di proposito dal parlarne:

« *My thoughts are with the dead; with them*
I live in long past years,
Their virtues love, their faults condemn,
Partake their hopes and fears;
And from their lessons seek and find
Instruction mith an humble mind. »

SOUTHEY (1).

Ma ad un più degno occupante di questa cattedra a qualche futura riunione del Congresso, dopo che noi avremo rappresentato la nostra piccola parte nel dramma della vita, io lascio il gradito, piacevole compito di completare la lista sopramenzionata coi nomi di quegli eminenti ostetrici e ginecologi di Londra, trovarsi coi quali e conoscerli è sicuramente il più gradito dei molti privilegi connessi con questa grande riunione internazionale.

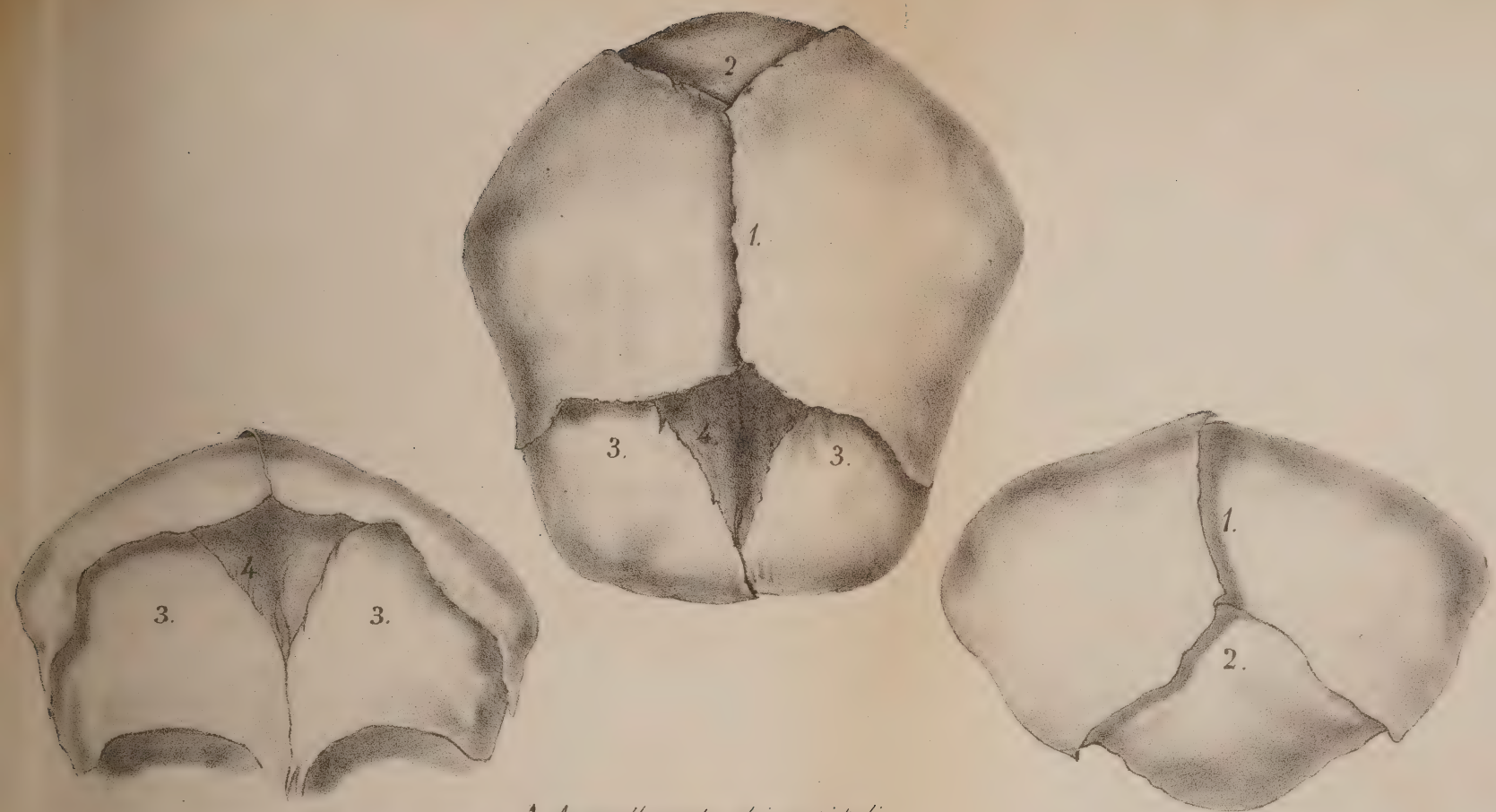
MANGIAGALLI.

---

(1) I miei pensieri sono coi morti: con essi — io vivo nei lunghi anni trascorsi, — amo le loro virtù, condanno i loro errori, — condivido le loro speranze ed i loro timori; — e nelle loro lezioni ricerco e trovo — ammaestramento con umile mente.

Prof. Dott. DOMENICO CHIARA, Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.



1. Accavallamento dei parietali.
2. Occipite sottomesso ai parietali.
3. Frontale sottomesso ai parietali.
4. Fontanella bregmatica deformata e infossata notevolmente.

Lit: D. Bellazzi, Milano.

Volume III. Ottobre 1881 N. 10.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

L'ASSA FETIDA

NELLA PROFILASSI DEL PARTO ABORTIVO E PREMATURO

per il

DOTT. CAZZANI LUIGI.

Professore di Ostetricia nella R. Università di Cagliari

Nella tornata del 19 giugno 1857 dell'Accademia Medico-Chirurgica di Torino, il Dott. Coll. Scipione Giordano riferiva intorno ad una Memoria del Dott. Laferla di Malta, intitolata: *Sull'uso della gommoresina di assa fetida adoperata per prevenire la morte del feto nelle gravidanze morbose da inerzia d'utero.* Sarebbe inutile il dire quanto lodevolmente abbia soddisfatto al proprio compito il saggio relatore che poggiando nelle sue conclusioni alle più alte regioni della scienza, addimostrandosi assennatissimo pratico e rivestendo i suoi concetti con stile brioso ed elegante, preludiava agl'invidiati successi più tardi ottenuti come Professore di Ostetricia all'Ateneo di Torino. Tuttavia riflettendo che al Giordano noi dobbiamo le prime indagini fatte in Italia sul valore della proposta del medico maltese, considerando che ai giovani cultori di cose ostetriche potrebbe forse essere poco nota la detta relazione dell'egregio clinico torinese, stimo prezzo dell'opera il qui riassumerla nei punti più salienti.

Il fatto, dice il Giordano, non molto raro di donne le quali in varie e successive gravidanze ad altro mai non riescono che ad espellere feti morti aveva già da tempo fermata l'attenzione del Dott. Laferla il quale messosi alla ricerca delle cause determi-

nanti un sì triste avvenimento, credette di doverlo attribuire ad uno *stato astenico* dell'utero. Sulla scorta di tale concetto patogenetico egli fu tratto a conchiudere che a debellare siffatta condizione anormale del viscere gestante convenisse, meglio di ogni altro mezzo, l'amministrazione dell'assa fetida che nelle mani del Sydenham aveva già fatto buona prova nelle malattie isteriche. Non tardò il successo a confermare il Laferla nelle sue congetture e ad incoraggiarlo nell'uso dell'assa fetida in tutte le donne che sconciatesi od avendo partorito feti morti, a lui traevano per averne consigli. Le formole usate dal Laferla erano le seguenti: P. Gomma resina di assa fetida, sciroppo semplice ana dramme 2, da farne 66 pillole. = P. Tintura d'assa fetida dramme 6, Acqua di melissa, di camomilla e di menta once 4, Sciroppo aromatico once 3. — Preferisce le pillole alla tintura. Il piu presto che può incomincia a somministrarle alla gestante alla dose di due al giorno, l'una il mattino, l'altra alla sera e va aumentando ogni 3 o 4 giorni sino all'epoca in cui suol succedere il parto o l'aborto, governandosi in modo, che giunta quell'epoca la donna ne abbia prese 15 dramme circa, trascorsa la quale ne continua la amministrazione alla stessa dose che può essere anche di 7 a 8 grani al giorno. Se la gestante accusa un po' di cardialgia ne sospende l'uso per uno o due giorni, dandole invece un decotto di radice di genziana. In pari tempo aiuta la cura col vitto nutriente, col passeggio, colla distrazione, ecc.

Ecco il prospetto statistico contenuto nelle citata memoria:

Dal 1825 al 1855.

Casi curati da Laferla, 8 dei quali sono l'oggetto delle storie	25
Casi curati dal Dott. Darmanino di Vittoriosa e e dal Dott. Delicata di Valletta, i quali fecero lo sperimento del metodo Laferla	4
In tutto . .	29

Ebbero esito felice casi 26 ossia 89,65 %. Delle tre donne nelle quali la cura non riescì, una era ammalata di vizio cardiaco, l'altra era sifilitica, la terza incominciò la cura ad epoca troppo inoltrata di gravidanza. Fra i 26 casi felici vi sono donne che avevano partorito feti morti od abortiti, prima della cura coll'assa fetida, 3, 4 ed anche 7 ed 8 volte.

Risultati cotanto splendidi ottenuti con un mezzo relativamente innocente qual'è l'assa fetida non potevano a meno di sollevare qualche dubbiezza nell'acuta mente del Giordano, il quale sentivasi disposto a rinvenire la ragione di tante riescite cure in ben altri elementi, anzichè darne merito all'azione di quella gommoresina. A scemare poi la sua fiducia nella proposta del Laferla vi contribuiva il linguaggio poco scientifico usato dal suo autore, le molte inesattezze, la difettosa esposizione. Tuttavia alle cifre addotte bisognava contrapporre altre cifre : all' esperimento, alla osservazione dovevasi domandare la conferma od il rigetto di quanto aveva asserito il medico di Malta. A tal uopo il Giordano intraprese il trattamento coll'assa fetida sopra 4 gestanti e dalla dettagliata relazione di quanto potè osservare in ciascun caso, si apprende che in tre ottenne un *completo successo.* Fallì nella quarta donna, una signora ammalata di tubercolosi polmonale, che morì pochi giorni dopo il parto avvenuto anche stavolta prematuramente non ostante la cura fatta colla gommo-resina. Eppertanto l'egregio clinico dichiara il metodo del Laferla meritevole di essere studiato *trattandosi di un risultamento nobilissimo per l'arte nostra e assai utile alla società pei gravi interessi di fortuna e di pace domestica che molte fiate vi si rannodano.*

Nel proseguire la sua dotta relazione il Giordano, con animo giustamente indignato, scaglia la sua pietra contro il famoso detto tommasiniano essere la gravidanza una *flogosi fisiologica* che tanto sangue ha fatto versare alle povere gestanti delle quali chissà quante saranno rimaste immolate agl'immaginarii vantaggi dei *salassi preventivi !* Si sforzava egli così di reagire contro la esagerata influenza assegnata dai medici di quel tempo alla flogosi o congestione dell'utero nell'eziologia dell'aborto e del parto precoce ripetuto, e contro l' uso delle deplezioni sanguigne per trarre a buon fine alcune gravidanze. Si domanda poi il Giordano quale sia la condizione fisiologica o patologica con così costante e meraviglioso successo combattuta dall' assa fetida. Non accetta siccome viziata per petizione di principio l'argomentazione del Laferla perchè attribuendo, come fa costui, all'assa fetida *un'azione tonica elettiva sull'utero,* suppone come dimostrato che il *fondo astenico dell'utero* stesso sia quella condizione morbosa alla quale è subordinato il ripetersi dei parti innanzi termine. Non può ammettere la asserita *azione tonica* perchè nelle donne curate dal Laferla e nelle altre trattate dal Giordano si notavano

temperamenti e costituzioni le più disparate, e perchè altre sostanze di veste tonica più accertata di quella dell' assa fetida avrebbero dovuto condurre ad identici risultati. Inoltre i sorprendenti effetti della propinazione dell' assa fetida nei convellimenti isterici che con meravigliosa prontezza vengono interrotti, dimostrano la di lei azione elettiva esercitarsi di preferenza sull'ovaja che è centro di quella svariata sindrome di fenomeni che chiamasi *isterismo*. Ammessa una tale azione elettiva, si può supporre, dice il Giordano, che quella sensibilità o dolore all'una od all' altra regione dell' ovajo avvertiti da talune incinte, non già dal concepimento o dall'ovarite sono da ripetersi, ma molto più verosimilmente da un' accresciuta o continuante attività funzionale dell'ovajo. Per il che tanto il fatto della discesa dell'ovulo, quanto l'orgasmo ovarico che ne accompagna la maturazione e il distacco reagirebbero funestamente sull' utero, suscitandone le intempestive contrazioni. Eppertanto l'assa fetida colla sua virtù elettiva sull' ovajo agirebbe quale potente moderatore di quella vitalità, forse eccessiva, di cui quell' organo può essere sede in talune donne incinte. Termina il Giordano la sua bella relazione invitando i pratici a sperimentare l'assa fetida nella cura delle gestazioni che più volte nella stessa donna e senza causa conosciuta vengono interrotte in un tempo più o meno lontano dal consueto termine.

Non è a mia notizia che altri abbia accolto l'invito del clinico di Torino ed abbia poi pubblicato il risultato delle intraprese cure. Potrebbe però darsi che ciò fosse stato fatto. Ad ogni modo a me che da cinque anni vivo nella lontana Cagliari, in mezzo a non poche difficoltà di procurarmi produzioni scientifiche, può benissimo essere rimasta sconosciuta qualche pubblicazione sull'argomento. Dal canto mio, non appena ebbi cognizione della proposta del Laferla tanto validamente suffragata dal voto favorevole del Prof. Giordano, mi augurai l' opportunità di metterla alla prova. Ho raccolto sinora quattro osservazioni, delle quali tre spettano a me ed una mi venne trasmessa dal mio amico Dott. Racagni al quale qui rendo le dovute grazie.

Osservazione 1.ª — Nel gennaio dell'anno 1873 si presentò alla Clinica Ostetrica di Pavia, in allora da me diretta, certa G. S., maritata P., contadina di Belgiojoso. Scopo della sua gita in città si era di consultare un ostetrico intorno all'infausto esito di tre

pregresse gravidanze le quali senza causa nota eransi interrotte ad epoca variabile, sempre però al di là del 5° mese, colla nascita di un feto morto, malgrado la facilità ed il più normale andamento dei parti. — E tanto maggiore era il suo desiderio di avere qualche spiegazione di un fatto il quale grandemente l'affligeva, in quantochè trovandosi tuttora incinta nel 6° mese, sperava che i consigli e le prescrizioni dell'uomo dell'arte potessero stavolta risparmiarle la triste eventualità di metter in luce un cadavere.

La G. ha 27 anni d'età e a 21 andò a marito. Nessuna malattia di qualche rilievo venne mai a turbare la sua salute, come lo attestano eziandio i segni più manifesti di attuale floridezza. Dopo un diligente esame degli antecedenti e dello stato presente della donna parvemi di poter escludere l'intervento delle ordinarie cause di anticipazione del parto e quando intesi essere il marito un ex-militare, ed esposi alla donna il dubbio che quegli potesse aver patito di morbo celtico, essa coll'accento della più viva convinzione affermò che ciò non era mai accaduto. Per verità l'innoltrato stadio a cui era pervenuta la gestazione attuale sconsigliava, per poca speranza di buon risultato, dall'instituire un trattamento profilattico secondo la proposta di Laferla. Ma tenendo calcolo del procedimento della gravidanza fin'allora perfettamente fisiologico, nonchè della totale assenza di quegli indizii che pel passato avevano preannunciato alla donna la vicina morte del suo portato, desideroso d'altra parte di esperimentare un metodo di cura affatto innocuo e che avrebbe forse potuto realizzare le troppe giuste aspirazioni di quella disgraziata madre, le consegnai uno scritto ch'essa doveva trasmettere al medico di Belgiojoso, l'ottimo mio amico Dott. G. Casali. A costui io delineava, cogli opportuni schiarimenti, il piano di cura giusta gli insegnamenti del medico di Malta e che mi pareva si potesse tentare su di quella donna. Trascorsi alcuni mesi ricevetti dal gentile collega la partecipazione in iscritto di quanto era avvenuto.

La donna non ebbe a risentire alcun sinistro effetto dalla piena e diligente attuazione della suggerita cura: essa partorì, ciò che non era mai avvenuto per l'addietro, al 9° mese compiuto un bambino vivo ma debolmente costituito e che soccombette dopo 50 ore dalla nascita. Sul finire dello stesso anno 1873 la stessa donna si ripresentò a me assicurandomi d'esser gravida

da 2 mesi e dichiarandosi intenzionata a ritentare la prova dell'assa fetida. Munita della solita prescrizione e di quegli altri suggerimenti igienici che mi parvero opportuni, la indirizzai di bel nuovo al Dott. Casali con preghiera a questi di volersi interessare alla scrupolosa osservanza per parte della paziente di quanto io le aveva ordinato. Raccomandai poi a quest'ultima che sul finire dell'8° mese di gravidanza ritornasse alla Clinica per essere di bel nuovo esaminata, e ciò nell'interesse suo e del nascituro.

Aveva divisato, qualora la gravidanza si fosse spinta almeno oltre la fine dell'8° mese, di sottoporre l'incinta alla provocazione del parto precoce collo scopo di sottrarre il feto ai pericoli inerenti alla continuazione della gravidanza stessa. La donna fu fedele alla data promessa; ritornò allo Stabilimento nel tempo da me statole indicato, mi tenne discorso della cura fatta e tuttora in corso, delle molte speranze sue di raggiungere stavolta l'agognata meta per la principal ragione, com'essa asseriva, di non aver mai nelle precedenti gravidanze percepito così manifesti e pronunciati i moti fetali. Ma quando mi misi a parlarle del mio progetto facendole la più lusiughiera dipintura degli immancabili vantaggi che a lei e massime al suo bambino sarebbero derivati dal farla partorire prima del tempo solito, la trovai irremovibile e decisa a tutto meno, che al parto artificiale prematuro. Se ne tornò a casa, vi trascorse felicemente il rimanente della gravidanza e partorì al giusto-termine una creatura viva, ben conformata e che lasciava ogni speranza di essere conservata.

Tanto io venni a sapere dal cortese Dott. Casali, il quale nel darmi tali notizie si dichiarava convinto che di sì prospero successo si doveva dare ogni merito all'azione dell'assa fetida, la quale nella quantità di ben 70 grammi era stata ingerita nel corso della gravidanza.

Osservazione 2.ª — A. M. è una robusta abitatrice dei colli transpadani. Ha l'età di 30 anni. Nulla di rimarchevole in tutta la sua vita per ciò che si riferisce alla salute. L'uomo che da 10 anni è suo marito ha l'età di poco superiore ai 30 anni e fu sempre sano. La M. è entrata nel 3° mese della sua quarta gravidanza e ricorre a me (dicembre 1875) onde ottenere consigli e ajuti coi quali riuscire ad avere un bambino vivente e conservabile. Le tre passate gravidanze tutte ebbero fine nel corso del

quinto mese, essendo ogni volta il parto annunciato da scomparsa dei già manifesti moti del feto che indi a poco a poco nasceva privo di vita. Alcune mediche prescrizioni suggerite ed osservate da questa donna, non pochi precetti igienici ai quali si era conformata per stornare la disgraziata fine delle sue gestazioni a nulla avevano approdato. Nè per quanto dettagliate interrogazioni io le abbia rivolte, essa non seppe fornirmi qualche più o meno esatta nozione che potesse metter in chiaro la vera ragione dei patiti aborti. L'esame esterno e vaginale avendomi rivelata l'esistenza probabile, dalla donna ritenuta certissima, di una gravidanza di due mesi circa, feci la proposta e descrizione della cura del Laferla, proposta cui la donna stessa accolse ben tosto dandomi ogni assicurazione che si sarebbe uniformata scrupolosamente alle mie prescrizioni e che mi avrebbe fatto poi conoscere con lettera l'andamento e l'esito della sua gravidanza. Ricevetti infatti agli ultimi del maggio 1876 uno scritto dal quale risultava che il tutto era normalmente proceduto fin quasi al compimento del 7° mese di gestazione, ma che senza causa apparente eransi allora manifestati i dolori del parto nel quale venne in luce un bambino vivo, ma così gracile e debole che morì dopo alcune ore. Nessun'ulteriore notizia io ebbi di quella donna.

Osservazione 3.ª — Nel novembre del 1879 fui chiamato presso la signora N. N. nata e domiciliata a Cagliari, la quale aveva contemporaneamente invitato anche il medico della famiglia l'egregio Dott. Cav. Lay. Dalla succinta e chiara relazione fattami dal collega venni a sapere che la signora godette costantemente buona salute; che le sue prime cinque gravidanze terminarono felicemente colla nascita di bambini maturi, sani e tuttora in vita; che tennero poi dietro altre quattro gestazioni delle quali nessuna raggiunse l'ordinario termine, succedendo il parto fra il 7° e il principio del 9° mese, preceduto da graduale affievolimento e successiva cessazione dei movimenti del feto che veniva poi espulso privo di vita. Rimasta questa donna incinta per la decima volta, vide il tutto procedere senza inconvenienti di sorta fino ad una ventina di giorni circa avanti la mia visita, allorquando un fatto non mai osservato nelle precedenti gestazioni venne a scemare la viva lusinga fin allora nutrita di partorire un bambino vivente, voglio dire un rapido e cospicuo accresci-

mento del volume del ventre, al che si era aggiunto da 3 o 4 giorni l'indebolimento progressivo indi il silenzio dei movimenti fetali. E siccome l'esagerata mole assunta dall'utero era cagione di non poche molestie alla gravida, tanto questa che il curante desiderarono sentire il mio avviso circa la possibilità o la convenienza di portarvi rimedio. La signora che ha raggiunto il 32° anno di età, è di sano aspetto, non poco preoccupata dal pensiero che il suo bambino sia già cadavere: cammina a stento e ogni piccolo sforzo è susseguito da discreta dispnea: presenta molti fenomeni prodromici del parto tra i quali i caratteristici doloretti intermittenti alle regioni lombo-sacrale ed ipogastrica, manifestatisi nella notte antecedente. L'esame dell'addome, quello per la vagina mi indussero al facile diagnostico del già sospettato idrope dell'amnios, di grado veramente insolito. Affatto negativo fu il risultato delle indagini circa la persistenza della vita del feto di cui nessuna parte era raggiungibile attraverso al collo uterino ormai totalmente scomparso ed alquanto dilatato.

Trattandosi di un travaglio di parto imminente, seppure non era diggià avviato, la cui terminazione avrebbe fatto giustizia di quei patimenti dei quali si lagnava l'incinta, ogni attivo intervento per parte dell'ostetrico sarebbe stato inutile e fors'anco dannoso.

Mi limitai quindi a cercare di persuadere, mentre io era ben convinto del contrario, quell'infelice madre che il feto, probabilmente ammalato era però tuttora in vita, e le dichiarai che a mio avviso il parto era ben vicino. Prima di congedarmi dal medico curante gli esternai i forti dubbii che il feto fosse ancora vivente e credetti mio obbligo ricordargli talune eventualità che avrebbero potuto complicare il parto, principalmente un'abnorme presentazione del feto, l'acinesi uterina durante e dopo l'espulsione del feto, per il che rendevasi necessaria la più attenta sorveglianza della partoriente. Finii coll'esprimergli il desiderio mio di esaminare, a parto compito, lo stato delle secondine. — Trenta ore circa dopo la mia visita la donna si sgravò d'un feto privo di vita. Il Dott. Lay che presenziò al parto mi riferì che si era effettuato per l'estremo cefalico subito dopo l'uscita dal pudendo di una strabocchevole copia d'idramnios; che avviatasi una discreta perdita di sangue dall'utero prima della sortita della placenta, si fece successivamente più intensa e non cedette che ad una larga somministrazione di segale cornuta. Avendo poi

avuto nella stessa giornata l'opportunità d'ispezionare le secondine, ecco quanto io ho potuto riscontrare: placenta, membrane ed un tratto di cordone offrono il complessivo peso di gr. 560: diametro placentale 0,20 — Circonf. 0,64 — Massimo spessore verso l'inserzione alquanto ex-centrica del cordone 0,03. La faccia uterina nel suo complesso offre una tinta rosso cupa, ma quà e colà presenta degli spazi irregolari di color giallo grigiastro, ora più ora meno estesi la cui totalità potrebbe rappresentare circa la terza parte della superficie della seconda. Incidendo col bisturì taluno di questi nodi giallastri si avverte una certa densità di tessuto e sulla superficie del taglio si riconosce facilmente una struttura filamentosa. Anche colà dove il tessuto placentale sembra sano, esso manifesta al taglio una sentita resistenza e povertà di sangue. La superficie fetale è disseminata di chiazze di un bianco grigio e corrispondenti la maggior parte agli spazi giallastri notati sull'opposta faccia della placenta. Mancandomi i necessarii mezzi non potei praticare ulteriori ricerche per determinare possibilmente l' indole dell'alterazione placentale, che dovetti supporre, per altri esemplari da me visti, consistere in una degenerazione grassosa della seconda.

Ricordandomi i fatti analoghi precedentemente da me osservati, e destandomi anche il presente caso il più vivo interessamento, mi feci ad interrogare il collega, che gode presso quella famiglia una ben meritata fiducia, circa le cause presumibili del sinistro esito di tante gravidanze in quella signora. Egli mi dichiarò essere sua opinione che tutta la colpa di tali avvenimenti si dovesse riversare sul marito di quella donna, siccome quello che già da tempo abusava di bibite alcooliche.

Accettando una simile interpretazione era ovvio il conchiudere che soltanto una formale rinuncia del marito alle sue male abitudini avrebbe potuto impedire che una nuova gravidanza avesse l'infausto risultato delle precedenti. Ma giusta il parere del collega non era da sperarsi una resipiscenza da quell'ostinato bevitore. Per il che invitato ad esprimere il mio avviso se alcunchè vi fosse a tentare in vantaggio di quella donna qualora fosse ridivenuta incinta, io cominciai dal far comprendere quanto sarebbe stato conveniente il concedere un po' di riposo all' organo della gestazione (in poco più di 5 anni la donna aveva avute 5 gravidanze) evitando per qualche tempo i rapporti sessuali, il che poteva contribuire ad eliminare quell' influente elemento

qual'è l'abitudine o disposizione alla recidiva del parto fuori del tempo debito. Proponeva poi per il caso di un nuovo ingravidamento l'uso delle pillole d'assa fetida, facendo però le più esplicite riserve sul risultato finale di tale metodo curativo in vista dell'indole speciale della causa alla quale con ogni probabilità era dovuta nel caso nostro la morte abituale dei feti.

Pare che la moglie ed il marito, oppure entrambi ad un tempo, fossero poco convinti dell'importanza che io annetteva alla prima parte della mia prescrizione, poichè quando rientrai in Cagliari nel novembre 1880 la signora era nuovamente gravida e già nel corso del5° mese. Tutto fin'allora era proceduto senza alcunchè di straordinario: i moti attivi del feto, accusati da circa un mese, andavansi facendo vieppiù manifesti: eccellente la salute della gravida. Mostravami costei grande desiderio di incominciare la cura col metodo Laferla, che fu subito iniziata e continuata sotto la direzione del sullodato Dott. Lay. La dose complessiva d'assa fetida avvallata da questa donna negli ultimi quattro mesi di gravidanza fu di circa 40 grammi. Nessun sconcerto di salute ebbe essa a provare nemmeno nei giorni delle alte dosi del farmaco. Le fu raccomandata la massima calma fisica e morale specialmente nelle epoche in cui soleva accadere la morte del feto. Finalmente sullo scorcio del p. p. marzo, avendo la gravidanza toccato il suo giusto termine, avvenne il parto d' una bambina viva e sana e che tale io lasciai quando partii da Cagliari nel luglio p. p.

Osservazione 4.ª — Il Dott. Racagni mi riferì quanto segue: N..... Carolina, di Pavia, d'anni 37, maritata da nove anni, mi fece chiamare presso di sè in un giorno del gennaio 1877 perchè affetta da metrorragia. Constatata la gravidanza di circa 2 mesi, mi accinsi e riescii a domare in breve l'accidente che la complicava. Rividi la paziente al successivo giorno e trovatala in perfetta calma, totalmente libera dalle precedenti molestie, la invitai a fornirmi alcune notizie anamnestiche intorno allo stato di sua salute. Mi narrò che delle sei gestazioni avute precedentemente, la prima soltanto toccò l'ordinario termine e ne ebbe un bambino vivente che morì dopo 37 giorni di vita. Le 5 gravidanze consecutive si risolvettero tutte in altrettanti aborti fra il 2° ed il 6° mese, venendo il feto in luce sempre senza vita. Nulla di preciso sapeva la donna affermare circa la causa del ripetuto ac-

cidente. Sembratomi di poter eliminare nel caso concreto le più comuni ragioni dell'aborto abituale, compresa l'influenza sifilitica, mi si affacciò l'idea di tentare una cura preventiva mercè le pillole d'assa fetida. Trovai nell'incinta le migliori disposizioni a sottoporsi al divisato trattamento che fu messo in corso senza indugio. Le condizioni dello stomaco si mantennero sempre buone e così la presa del rimedio potè continuare per tutto il restante tempo di gravidanza, durante il quale la donna ingojò poco meno di 500 pillole ciascuna di 10 centigr. di assa fetida. Il risultato ultimo non poteva essere più felice. La donna trasse la sua gestazione al 9º mese compito e nelle prime ore antim. del 10 agosto 1877 si sgravò nel modo il più normale di una bella e grossa bambina tuttora vivente. Era scorso poco più d'un anno dall'avuto parto quando la stessa donna divenne di bel nuovo incinta, Ma scordando essa il beneficio ritratto dal già subito trattamento. speranzosa di potersi impunemente sottrarre alle noje e molestie a quello inerenti, respinse ostinatamente il consiglio di riprendere l'uso dell'assa fetida e un aborto al 5º mese pose termine alla sua gravidanza.

Nel gran quadro che registra la colluvie dei momenti eziologici dell'aborto trova il suo posto una sorta di cause sulla cui esistenza ed indole arcana tutti i pratici sono concordi. E se queste entrano in gioco in più casi di aborti o parti prematuri ordinarii, il loro influsso sembra appalesarsi assai più sovente ogni qualvolta i detti parti compionsi con tale frequenza in una donna da meritare la qualifica di *abituali*. In tali contingenze le indagini più minuziose e sagaci del medico ostetrico sulla donna, su chi la ingravidò, su quanto fu espulso dall'utero gestante, non conducono che a conclusioni negative, dalle quali non è possibile ritrarre lume e scorta per un razionale trattamento che rimova la possibilità d'una recidiva. Avviene invece non di rado, sia l'aborto abituale o no, che questo debba evidentemente ripetersi dà un'alterazione degli involucri del feto, in special modo della placenta, oppure da malattie e morte del feto stesso. Posto ciò e astrazione fatta da talune malattie, ad esempio la sifilide, che ponno essere trasmesse al prodotto della concezione, si domanda su quali criterii dovrà il medico ostetrico costruire un piano curativo coll'intento d'impedire in una gestante la ricomparsa di un'alterazione ovulare, causa dei sofferti aborti? Saggio certa-

mente è il consiglio del Cazeaux di attingere le indicazioni per la scelta dei mezzi preventivi nella storia dei precedenti aborti. Se non chè il più delle volte si ha a fare con gravide che al fine di evitare una nuova interruzione di gravidanza, invocano instantemente l'opera dell'ostetrico, il quale, non rinvenendo col più accurato esame sulla donna altre cause plausibili degli avuti parti abortivi o prematuri, li può supporre subordinati a qualche affezione di una o più parti dell'ovo. Ma quand'anche non sia mancata l'opportunità di istituire le più complete ricerche sul frutto della concezione più o meno morbosamente alterato, spettante a donna che ebbe già parecchie sconciature, non sarebbe piccolo l'imbarazzo dell'ostetrico, il quale volesse prender norma del da farsi in una nuova gravidanza dalle anomalie macro-e microscopiche riscontrate nel prodotto della precedente gestazione. Infatti per ciò che si riferisce ai morbi placentali, non ci rimane che deplorare gli scarsi progressi compiti dall'anatomia patologica intorno ai medesimi, dal chè la notevole divergenza d'opinioni anche a proposito delle più ovvie e frequenti malattie di quell'organo. Da tutti si ammette l'apoplessia placentale, ma chi la vuole primitiva e proveniente da lacerazione dei vasi utero-placentali (Jacquemier, Simpson); altri sostiene la costante precedenza di una degenerazione grassosa delle villosità placentali e la derivazione più frequente del sangue dai vasi ombilicali (Robin, Millet); havvi pure chi riduce il tutto a semplici trasformazioni successive del sangue effuso nella placenta qualunque siane stata la sorgente (Verdier, Bustamante) (1). Che è mai avvenuto della tanto frequente *placentite* del Brachet, Dance, Craveilhier, Desormeaux, P. Dubois, Simpson ed altri, colle relative divisioni d'epatizzazione rossa, epatizzazione grigia, suppurazione, come si fosse trattato d'una polmonite? Se si presta fede al Robin ed alla maggior parte degli autori, la asserita infiammazione della placenta non è altro che uno stato caratterizzato dalle trasformazioni degli spandimenti sanguigni nei loro diversi periodi: ciò che si credette pus non è che fibrina in via di disorganizzazione, e se esistono casi nei quali si rinvenne vero pus, questo non derivò dalla placenta ma da flogosi del tessuto o vasi dell'utero e venne accidentalmente deposto nel tessuto placentale.

---

(1) L. A. A. Charpentier: *Des maladies du placenta et des membranes*, 1869, pag. 41.

Parrebbe che gli anatomo-patologi dovessero saperci dire alcunchè di positivo, di costante intorno alle alterazioni che la placenta subisce per influsso sifilitico; ma fin qui è un puro desiderio la conoscenza dei rapporti tra la sifilide e le differenti alterazioni istologiche riscontrate nel tessuto placentale (1). Laonde il criterio clinico è quello che più sicuramente può guidarci nel suggerire o meno una cura antivenerea ad una gestante che abbia già avuto ad abortire più volte. Sarà ancora l'attento esame della gestante e, quando ciò è possibile, dell'autore della gravidanza che condurrà il medico ad ammettere od escludere l'influenza celtica sui sofferti parti intempestivi, con ben maggiore sicurezza che le indagini necroscopiche ch'egli avesse potuto eseguire su di un feto espulso in un precedente parto. Infatti, a parte alcune manifestazioni nel corpo fetale quali il penfigo intrauterino con sede alle estremità, eruzioni papulose e pustolose al tronco, infiltrazione purulenta del timo, considerate di celtica provenienza dai più dei patologi, ne vediamo altre di non rara evenienza la cui indole specifica è dai varii autori ammessa o contestata. Così Hecker trova tra la sifilide e l'epitelioma polmonale del feto quello stretto rapporto che è messo in dubbio da Robin e Lorain; come pure l'indurazione fibro-plastica del fegato che si riteneva da molti essere indizio sicuro di sifilide congenita nel neonato, è stata dal Gubler osservata in un feto scevro da ogni traccia di specifiche manifestazioni (2). Simpson, il quale scorge nella peritonite intrauterina un effetto dell'inquinamento sifilitico, è costretto ad ammettere che molte altre cause ponno condurre all'identico risultato (3).

Abbiamo ora lamentata la scarsezza dei soccorsi che l'anatomia patologica delle affezioni ovulari fornisce alla medicina ostetrica pratica. Sgraziatamente e con maggiore rammarico dobbiamo confessare che anche la Clinica ha colto ben pochi allori in quell'interessantissimo campo della patologia. Così il Joulin (4) assevera che le malattie dell'ovo nei primi tempi della gravidanza non sono riconoscibili e che manca ogni mezzo per stabilire se il feto sia ammalato nel corso di gestazione. Noi non saremo così

---

(1) G. Chantreuil: *Des applications de l'histologie a l'obstétrique*, 1872, pag. 142.

(2) Chantreuil: *l. c.*, pag. 174.

(3) J. Simpson: *Clinique obstétricale et gynécologique*, 1874, pag. 87 e seg.

(4) Joulin: *Traité complet d'accouchements*, 1866, pag. 770.

assoluti e quando potremo fare assegnamento non solo sopra le più rigorose indagini sullo stato presente della gestante ma eziandio sopra indizii commemorativi sinceramente fornitici o diligentemente raccolti massime dall'esame del prodotto di parti pregressi, ci lusinghiamo di poter azzardare un diagnostico che non si scosti gran fatto dal vero. Non ammettiamo poi col Joulin la mancanza d'ogni mezzo per determinare uno stato di malattia d'un dato feto. Il creder ciò sarebbe un disconoscere uno dei più preziosi e sicuri responsi dell'ascoltazione ostetrica che nelle eventuali modificazioni, debitamente e di spesso controllate, dell'intensità, frequenza e ritmo dei battiti del cuore del feto ci porge il più attendibile criterio delle condizioni vitali di esso. È noto infatti che il Simpson (1) in due donne che avevano già perduti più feti, provocò con buon esito il parto avanti termine quando l'affievolimento, l'irregolarità dei rumori cardiaci del nuovo essere ne dimostrarono uno stato di sofferenza.

Seguendo il Joulin il suo concetto della non riconoscibilità delle malattie ovulari, dichiara impotente la terapeutica a scongiurare conseguenze di tale natura da rimanere sconosciuta fino all'espulsione dell'essere novello. Questa troppo recisa affermazione dell'ostetrico francese ha il grave torto di screditare anche quei pochi ma incontrastabili vantaggi che una incinta ed il suo portato ritraggono talvolta da una ben intesa cura sintomatica, nonchè dalle molteplici, non tutte però accettabili, misure profilatiche che dai pratici vengono attuate onde toglier di mezzo la proclività al parto abortivo o prematuro. Chi non sa come un tanto benefico risultato fu non rade volte ottenuto coll'uso assai prudente del salasso, o col rinvigorire le affievolite forze della gestante, talora col prolungato decubito orizzontale ed eziandio colla temporanea separazione dei conjugi? Anche la farmacologia fu messa a contribuzione e non poche furono le sostanze medicinali usate allo scopo di abolire l'infausto privilegio dell'abortività. Così il Palletta, per addurre qualche esempio, somministrava a tal fine le pillole solventi del Becher (2); l'Aurelio Finizio si giovava dell'acetato neutro di piombo (3), il cui potere deprimente sul sistema nervoso è messo in dubbio dal Cantani (4). Il Simpson (5)

(1) Simpson: *l. c.*, pag. 126.
(2) A. Corradi: *Dell'Ostetricia in Italia*, pag. 377.
(3) Idem. Idem.
(4) Cantani: *Manuale di materia medica*, vol. II, pag. 1080.
(5) Simpson: *l. c.*, pag. 122 e seg.

considerando che la placenta presiede alle due grandi funzioni della nutrizione e della respirazione, e che dato uno stato morboso di quella, l'esistenza del feto viene minacciata o soppressa per l'incompleto od abolito esercizio massime della funzione respiratoria, pensò di supplire alla deficiente funzionalità della placenta ammalata col rendere il sangue della madre un mezzo il più possibile ossigenato. A tal uopo ricorse egli in un gran numero di casi e con un *successo apparentemente completo* (sono parole dell'autore) ai sali alcalini e più frequentemente al clorato di potassa cui somministrava alla dose di grm. 0,60 a grm. 1,80 più volte al giorno. Se qualche beneficio avranno avuto da simile cura le pazienti del Simpson, ciò non sarà accaduto di certo per quella via ch' egli si era immaginato, poichè fu dimostrato da Wöhler e da Gustin che il clorato di potassa ricompare inalterato, dopo brevissimo tempo della sua ingestione, nelle orine e nella saliva (1). Del resto dalle pagine dettate dal Simpson emerge evidente la non troppa sua fiducia in un trattamento farmaceutico dei casi in discorso, e infatti fu esso il primo ad aggiungere alle indicazioni del parto artificiale precoce quegli stati patologici della placenta che vennero riscontrati in parti antecedenti d'una donna e che trassero a perdita il feto. Se io consultassi la mia personale esperienza intorno alla utilità del parto provocato come mezzo preventivo della morte abituale del feto dipendente o meno da ripetentisi alterazioni della placenta, non mi sentirei molto tenero di tale risorsa. Ricordo di una donna che pel motivo ora espresso fu sottomessa nella Clinica Ostetrica di Pavia, molti anni or sono, alla provocazione del parto sulla fine dell'8º mese: ogni cosa camminò in modo regolare, ma il feto che avanti il travaglio era manifestamente vivo, soccombette nel non lungo e del tutto normale soprapparto. Lungi da me però l'idea di biasimare la proposta del Simpson: no, il parto artificiale precoce che in questi ultimi tempi vide schierarglisi contro poderosi nemici intenti a restringerne vieppiù la cerchia d'applicazione, potrà in mani abili e prudenti raggiungere in qualche caso la sospirata meta di rendere veramente madre una donna che già ebbe a perdere varii feti.

Da quanto ho detto sin qui, io vorrei trarre la conclusione che nello stato attuale delle nostre imperfette cognizioni di ana-

(1) Cantani: *l. c.*, vol. I, pag. 295.

tomia patologica, di diagnostica e terapia di una lunga serie di cause di parto abortivo e prematuro recidivi, e più propriamente di quelle d'indole affatto sconosciuta o che risiedono in condizioni patologiche di una o più parti dell'ovo, alle quali, si noti bene, sia estranea l'influenza sifilitica, noi dobbiamo fare principale assegnamento sulla propinazione alle gestanti della gommoresina di assa fetida. Aggiungendo le mie 4 osservazioni alle 29 del Laferla ed alle 4 del Giordano si ha un totale di 37 casi con 33 esiti felici (se mi è lecito computare fra di essi anche quello riferibile alla 3ª osservazione), ossia l'89,18 0|0 di guarigioni. E nei pochi casi di non riescita del rimedio fu sempre possibile il ritrovarne la causa o in un vizio organico al cuore (Laferla) o in un'infezione sifilitica (Laferla) od in un'avanzata tubercolosi (Giordano).

Alle donne da me curate amministrai sempre l'assa fetida giusta la formola del Laferla modificata leggermente dal Giordano, cioè facendo con 6 grm. di quella gommo-resina polverata e 6 grm. di sciroppo semplice N. 60 pillole che la paziente prendeva giusta gl'insegnamenti più sopra ricordati del Laferla. Se io volessi desumere le proprietà dell'assa fetida dalla perfetta tolleranza che ne addimostrarono le mie pazienti, dai pochi e passeggeri disturbi da quella provocati sul tubo digerente, dovrei dichiarare di molto esagerato l'appellativo di *sterco infernale* dato a tale sostanza. Questa relativa innocuità notata nelle gravide per un corpo come l'assa fetida dotato d'altronde di odore e sapore *indescrivibilmente cattivi* (Cantani), ricorda la meravigliosa tolleranza delle incinte per gli oppiati. Così il Hiernaux (1) confessa di aver più volte amministrato persino duecento gocce di laudano in un giorno alla stessa gravida senza accidente alcuno, ed egli si mostra così convinto dell'innocenza dell'oppio nella gestante da riporre fra i segni di gravidanza anche la eccezionale tolleranza di una donna per quel farmaco.

Quando si pensi al misterioso velo che tuttora ricopre il modo d'agire di un gran numero di sostanze medicamentose le più usitate, non v'è più da meravigliarsi se le tenebre le più fitte ci tolsero fin qui di scoprire in qual maniera l'assa fetida possa riuscire a moderare o a sopprimere in una donna l'abortività, a prevenire determinate condizioni patologiche del feto e suoi an-

(1) L. Hiernaux: *Traité pratique de l'art des accouchements*, 1866, pag. 62.

nessi. Ho esposto più sopra l'interpretazione che ne dà il Professor Giordano. Chiunque con me deve riconoscere che una tale teoria non poteva emanare che da un ingegno potente, da uno spirito eminentemente filosofico ed è probabile che da questa teoria sia stata dal Tyler Smith desunta la sua dottrina sulla causa eccitante del parto a termine, contenuta nel sue *Manual of Obstetr.*, pubblicato a Londra nell'anno 1858. Ma dal 1857, data dello scritto del Giordano, ad oggi sono trascorsi alcuni anni ed io sto mallevadore che questo insigne maestro ha di certo modificati taluni concetti di patogenia e di fisiologia espressi in quel suo d'altronde pregevolissimo Rapporto. Uomini eminenti per scienza e pratica medica hanno ormai abbandonato totalmente l'opinione che l'isterismo sia, come vorrebbe il senso etimologico del vocabolo, necessariamente subordinato ad affezioni del sistema genitale. Ed in vero siffatta malattia osservasi in molte donne ad apparato sessuale sano e regolarmente funzionante, in ragazze tuttora impuberi, in donne nelle quali per l'età inoltrata utero ed ovaje trovansi in completa involuzione, e persino in uomini con perfetta integrità del loro potere generatore. Parimenti mi sembra abbia perduto molto terreno in questi ultimi tempi l'idea d'una continuata maturazione degli ovuli nelle ovaje malgrado l'esistente gravidanza. Le autopsie di gestanti eseguite dal Negrier, Raciborski e più recentemente da Kreuzer (1), hanno dimostrata l'assenza nelle ovaje di quelle modificazioni che nei periodi catameniali accompagnano la maturanza, la prossima od appena avvenuta deiscenza del follicolo Graafiano.

Ma pur troppo nel campo delle astrazioni, delle teorie, occorre assai meno d'abilità per distruggere che per costruire. Ed io rinuncio di buon grado a formolare una teoria qualsiasi sulla questione più sopra enunciata, pago soltanto d'aver raccolto qualche fatto da aggiungersi agli altri che si possiedono e comprovanti i mirabili benefici che si ponno ricavare dall'uso dell'assa fetida in Ostetricia.

---

(1) C. Schröder: *Manuel d'accouchements*, pag. 65.

R. CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA DI ROMA

DUE OOFOROISTERECTOMIE CESAREE

ESEGUITE

dal Direttore Prof. Cav. E. PASQUALI

E

proposta di modificazione al processo del Porro

PER IL

Dott. ARTURO BOMPIANI
Medico 2° Assistente nella Clinica e Chirurgo sostituto negli Ospedali

La storia di una operazione vuole segnare i successi e gli insuccessi, per potere su numerose cifre stabilire confronti e ricavare criterii. Gli esiti favorevoli e gli sfavorevoli, studiati nei loro particolari, sono colonne miliarie che ne indicano la via percorsa, accennano alle buone condizioni ed alle saggie norme cercate e seguite nei primi, alle sfortunate accidentalità occorse ed agli errori commessi negli ultimi.

Tanto questi che quelli possono incoraggiarci a seguire più francamente e sicuramente una via, o insegnarci a percorrerne di nuove in date speciali circostanze nelle quali la norma generale non è possibile di seguire.

Delle tre operazioni cesaree, completate dall'amputazione utero-ovarica (metodo Porro), eseguite nel centro d'Italia nell'ultimo biennio, solo è conosciuta per esteso quella del Dott. F. Fornari, chirurgo primario in Ascoli Piceno. Sono ignorate invece nei loro particolari le altre due eseguite nella maternità di S. Giovanni Laterano in Roma dal chiarissimo Prof. E. Pasquali che ne è il Direttore.

I risultati di ambo le operazioni sono due insuccessi, non sono però meno interessanti a conoscersi per le condizioni speciali in cui esse furono eseguite e per le riflessioni che verrò infine esponendo.

1ª *Storia.* — M. Angela (1), di 37 anni, da Roma, libraia è maritata. Per attestazione dei genitori, fu presa da rachitide nel primo anno di età e debolissima e malaticcia non potendo camminare fu costretta fino ai cinque anni di alternarsi le stazioni giacente sui fianchi e seduta.

Fu mestruata per la prima volta a quindici anni e le regole decorsero sempre normali per qualità, quantità e durata (cinque giorni) senza che fossero accompagnate da nessun incomodo. Non ebbe altra malattia nel resto della sua vita.

Tredici mesi or sono ebbe un aborto al terzo mese di gestazione, spontaneo, completo e senza conseguenze morbose.

Entrata nella Maternità il 5 maggio 1880 afferma che l'ultima mestruazione fu l'8 ottobre 1879 e che i primi movimenti attivi del feto furono avvertiti al principio di marzo.

Allo esame fisico della gestante si constata un abito completamente rachitico — non trovo la particolareggiata descrizione della conformazione scheletrica. — L'utero è diretto obliquamente in avanti e a destra. La testa fetale è nella fossa iliaca sinistra, il dorso in avanti.

Altezza del corpo		1,118
Distanza del pube a	l'ombellico	0,156
	il fondo dell'utero	0,250
	la cartilagine ensiforme	0,370
Circonferenza addominale		0,790
»	pelvica	0,720
Distanza fra le spine il.-ant. superiori		0,210
» » creste iliache		0,212
Obliqui destro e sinistro		0,180
Distanza fra i trocanteri		0,250
» » le spine il. post.-sup.		0,060

(1) Essendo in quell'epoca assente dalla Clinica tolgo le notizie del caso dalle schede cliniche registrate dal Dott. Lolli 1° assistente.

Coniugata esterna	0,180
» diagonale	0,063
Distanza fra il promontorio del sacro e la faccia esterna della sinfisi pubica . .	0,093
Spessezza delle ossa pubiche	0,055
Distanza antero-poster. o conjugata vera presunta	0,038

Il dito introdotto per i genitali, incontra un ostio vulvo-vaginale ristretto e portato molto in dietro, una vagina corta ed allargata molto in alto. Il dito uncinato verso il pube avverte di essere strettamente fiancheggiato, per un tratto approssimativo di 3 centim., dalle branche orizzontali del pube; trova cioè la forma del bacino a becco d'anitra. Con leggieri movimenti di lateralità si toccano le placche cotiloidee, le quali sembrano distare dal promontorio del sacro all'incirca per lo spazio di due dita. Insomma si ha una forma di pelvi pseudo-osteomalacica rachitica o più precisamente pelvi triangolare.

Nel resto le condizioni della gestante sono discrete se si tolga lo stato di nutrizione generale che non è molto florido.

Per le convinzioni che in tali contingenze ogni ostetrico illuminato si è formato dopo la modificazione portata dal Porro alla cesarea classica, il Prof. Pasquali il quale, al pari dei clinici di Pavia e di Vienna, può contare il numero delle sue cesaree classiche da un certo numero di deformatissime pelvi ch' egli conserva nella sua pregevole raccolta, non esitò a proporsi in questo caso la cesarea completata dall'amputazione utero-ovarica.

Fatta osservare alla gestante la profonda deformità ond' essa era affetta e la necessità di una operazione grave, le fu proposta come unica risorsa a qualche speranza la ultima detta operazione. Così, essendo essa maritata, le si sarebbe concesso il piacere dello stato di maternità cui essa aspirava e le si sarebbe tolto il pericolo di una ulteriore gravidanza. Sulle prime essa fu molto trepidante a sottomettersi a così grave operazione; ma poi nella speranza di avere il figlio vivente vi si assoggettò di buon grado.

Il Professore fece allestire con tutte le cautele antisettiche una stanza che tiene appositamente per le gravi operazioni ostetriche e ginecologiche. Il 22 luglio cominciarono i dolori alla M. stando il feto nella presentazione e posizione di sopra descritte. Il 23 il Prof. Pasquali assistito dal suo aiuto clinico Dottor Lolli-Ghetti

e dai Dott. Bracchini e Porfiri, chirurghi sostituti dell' Ospedale di S. Giovanni, alla presenza di molti altri medici e chirurgi, eseguì la operazione Porro, con tutti i particolari prescritti dall'autore, estraendo un feto vivo, afferrato per le estremità inferiori, con lieve stento all'uscita della testa.

Il peduncolo fu stretto nella catena dell'*écraseur* di Chassaignac modificato, e con questa e due aghi da materassaio ad angolo retto fra loro, passati trasversalmente, fu fissato allo estremo inferiore della ferita addominale. Questa fu occlusa con sutura profonda, attorcigliando un filo di seta agli estremi di lunghi spilli passati a tutta spessezza delle pareti, compreso il peritoneo parietale e con sutura superficiale cutanea. Quindi una medicatura antisettica e protettiva da raffreddamento fu avvolta intorno a tutto il ventre dell'operata.

Sera del 23 *luglio*. T. 39°.7′ — Polso 110. — 24 *luglio mattino*. T. 39°.8′ — P. 108 — grande meteorismo. — *Sera*. T. 40°.2′ — P. 120. — Rimossa la medicatura si trova che un'ansa del tenue ha fatto ernia al disopra del peduncolo. Fu riposta. L' inferma è molto agitata ed ha frequenti vomiti biliosi. Cateterismo di urina torbida sedimentosa.

Nel 3° e 4° giorno le cose passarono un poco meglio: T. 38°-39°. Nel 5° giorno si tornò a T. 40° e la inferma fu molto agitata ed inquieta, con vomiti quasi continui. Al rinnovamento della medicatura si trova che il peduncolo è rientrato e che la lingua metallica, la quale termina lo schiacciatore, è spinta contro il promontorio sacrale. La mattina del sesto giorno morì a 39°.

L'autossia mostrò peritonite con essudati raccolti nella piccola pelvi all' innanzi ed allo indietro del moncone cervicale dell'utero. Porzione del peritoneo che circondava il moncone era laminato dalla catena troppo strettavi addosso e le parti molli che ricuoprono il promontorio del sacro, necrosate in quel punto ove la lingua metallica premeva. La peritonite andava diffondendo i suoi essudati anche nella metà inferiore dell'addome.

Il bacino preparato presenta le seguenti figura N. 1 e misure (1).

Peso a secco comprese le quattro ultime vertebre lombari grammi 425.

---

(1) La figura e le misure mi sono state gentilmente fornite dal Prof. Pasquali che ne ha fatto un accurato studio.

DISTANZE	Fra le spine iliache ant.-sup. . . .	mm. 165
	» creste iliache	» 193
	Fra l'apof. spin. del 1° pezzo del sacro ed il marg. super. della sinfisi pubica	» 120
	Fra le spine iliache post.-sup. . . .	» 53
	Sacrocotiloidea sinistra	» 30
	» destra	» 25
	Fra le due spine ischiatiche . . .	» 69
	» tuberosità ischiatiche .	» 72
	Fra la punta del sacro al marg. inf. della sinfisi pubica	» 99
	Fra la punta della tuberosità ischiatica di un lato alla linea innominata dello stesso lato, o altezza delle piccole pelvi	» 70
	Fra la linea innominata sinistra e la cresta iliaca sinistra	» 73
	Fra la linea innominata destra e la cresta iliaca destra	» 72
	Coniugata vera	» 55
	» diagonale	» 62
	Diametro trasversale	» 99
	Obliquo sinistro	» 84
	» destro	» 83
	Curva del sacro per l'altezza . . .	» 100
	Sua corda per l'altezza	» 88
	Corda della base	» 90
	Altezza della sinfisi pubica	» 25
	Ang. formato dal promontorio con la quarta vertebra lombare	» 90°
	Base dell'arco sotto-pubico	» 55
	Verticale » »	» 30

Il feto di sesso femminile pesava gr. 3440, lungo 50 centimetri (26-24) con le seguenti misure del cranio:

O. M.	120
O. F.	105
S. O. B. . . .	95

B. P.	90
B. T.	82
F. M.	70
Tr. Br.	105
Bmal.	76
Bmast.	80

Storia 2.ª — Di questa operazione, avendovi presa parte attiva potrò dare alcuni particolari più minuti. L'intereresse dell'operazione in tal caso è tanto maggiore in quanto è scarsa fino ad ora la serie dei casi nei quali l'amputazione utero-ovarica cesarea fu indicata per lacerazione dell'utero puerperale (1).

R. Giulia di Velletri, maritata, d'anni 39, ebbe già tre gravidanze terminate con parti felici. La sera del 12 marzo 1881 entra in parto a termine di gravidanza. Il 14, protraendosi a lungo il sopraparto per contrazioni irregolari, le furono somministrate dalla levatrice molte carte di segale cornuta. Queste portarono dolori atrocissimi alla partoriente, la quale alle 4 pom., d'un tratto, sentì internamente come uno squarcio ed un corpo puntarlesi contro le pareti del ventre e poco dopo cadde in deliquio. Fu mandato per un ostetrico; il quale, prestate le prime cure dirette a rianimare la morente, si dichiarò impotente a dare soccorso in tale emergenza e consigliò che fosse chiamato il Prof. Pasquali. Questi accedette e diagnosticata la rottura d'utero con fuggita del feto entro il cavo peritoneale, senza possibilità di afferrare qualche estremità ed estrarlo per la vagina, fece opportunamente adagiare su vettura la inferma e portarla alla Maternità, ove la precedette con il Dott. Borghese, l'altro chirurgo sostituto dell'Ospedale. Io mi vi trovava di servizio ed alle 11 p. ricevei la inferma, che fu adagiata nel letto da parto, ove le si somministrarono eccitanti nel mentre che si allestiva il letto di operazione. Allo esame della inferma si trovava un polso frequente

---

(1) Fino ad ora tale operazione per rottura d'utero — per ciò che mi è noto — si è eseguita 5 volte.

1.° Prevôt (Mosca, 21 novembre 1878). Morti M e F.

2.° Halbertsma (Utrecht, 3 marzo 1880). Vivi M. e F.

3.° Ramshauer (Stati-Uniti, settembre 1880). F. vivo — M. morta.

4.° Pasquali (Roma, 15 marzo 1881). F. già morto — M. morta.

5.° Fornari (Ascoli-Piceno, 3 aprile 1881) F. già morto estr. per vagina e M. morta.

e filiforme; l'emorragia però non dovea essere stata imponente perchè, dal suo ingresso nella sala, l'inferma fu sempre presente a sè stessa: rispose facilmente a poche domande direttele, senza accusare di sentirsi esaurita. Alla palpazione addominale — che neppure pareva molto dolorosa — si sentiva l'addome voluminoso ma non teso; in avanti, in basso ed obliquo a destra si sentiva un globo duro oblungo di maggiore dimensione di una testa di feto; in alto ed a sinistra si tastavano abbastanza distinte le piccole parti. L'ascoltazione era negativa. Dalla vagina non si sentiva alcuna parte presentata.

L'inferma adagiata su di un tavolo d'operazione, fu cloroformizzata, lavata nell'addome con acqua saponata e soluzioni fenicate al 5 %, quindi irrigata al 3 % in vagina e cateterizzata. La continuazione dell'anestesia fu affidata — mancando medici — ad una intelligente levatrice, noi sorvegliando.

Il Prof. Pasquali, a destra della inferma, fece un taglio lungo 8 ctm. sulla linea mediana a 3 ctm. sotto la cicatrice ombellicale e 3 al disopra della sinfisi pubica. Strato a strato giunse sul peritoneo pinzettando i vasi che si incontravano nella dissezione delle pareti addominali. Punto il peritoneo a metà lunghezza della ferita, lo incise in alto ed in basso con bistoury bottonato, guidato sul dito, lasciando uscita a neri coaguli di sangue. Allungò di poi il taglio del ventre superiormente ed inferiormente fino ad arrivare all'ombellico ed al pube.

Il Dott. Borghese intanto comprimeva in alto ed ai lati le pareti del ventre, le quali così sospingevano in avanti ed in fuori l'utero già contratto. Io abbassai la pera uterina sul pube, intanto il Professore estraeva per un piede il feto già morto. Esso giaceva obliquamente con il dorso indietro, le piccole parti in alto a sinistra e la testa in basso dietro l'utero. Alla estrazione del feto seguì immediatamente fuoriuscita di alcune anse intestinali e di porzione dello stomaco. Con pannolini intrisi in acqua calda fenicata all'1 % furono subito rimesse ed accuratamente contenute le intestina. Sollevato l'utero mostrava una vasta ferita obliqua diretta da sinistra in dietro ed in basso comprendente parte del segmento inferiore, il collo dell'utero e la volta vaginale posteriore laterale sinistra.

Dalla lacerazione pendeva una porzione di membrane che si continuavano con la placenta caduta nel cul di sacco retro-uterino, la quale fu subito estratta.

Dopo di ciò il Professore passò l'ansa del costrittore di Cintrat al disotto delle ovaie, circa al livello dell'orificio interno dell'utero e fece gradatamente una forte costrizione. Per meglio assicurare l'emostasi con poderoso ago curvo, passai al disotto del costrittore dall'avanti all'indietro un doppio cordone di seta che spartito mi permise di legare in due stretti peduncoli l'unico moncone cervicale. Infine si tagliò orizzontalmente il corpo dal collo, la cui superficie di sezione si mostrò perfettamente bianca ed ischemica. Fu impiegato il maggior tempo in una rigorosa toilette del cavo peritoneale, prosciugandolo con piccole spugne, armate su appositi manichi ed asciugando le anse intestinali, come Spencer Wells suggerisce, con una grande spugna. Il moncone fu abbandonato in cavità assicurando allo estremo inferiore della ferita addominale il picciuolo di filo di ferro attorto ed i cordoni di seta e favorendo lo scolo successivo con un tubo a drenaggio di media grossezza che pescava nel fondo del cavo pelvico. Alla fine si riunirono le pareti del ventre con punti profondi di seta fenicata e con sutura attorcigliata cutanea. La operazione durò circa un'ora: il periodo di eccitazione cloroformica fu alquanto protratto ma non si cominciò ad operare se non a completa risoluzione muscolare. Il resto della infasciatura addominale fu fatto alla Lister, ripetendo dopo l'operazione irrigazioni fenicate in vagina ed applicandovi un drenaggio per facilitare lo scolo, se ne avvenisse dalla ferita addomino-vaginale.

Messa in letto ben caldo e coperte le membra ed il tronco di lana, la operata conservava calore e colore normali, il polso era esile ed alquanto celere. Dopo poco ebbe vomiti di materie verdastre sedato con ghiaccio. Minacciando di cadere in collasso le si somministrò caffè carico e freddo. Un'ora dopo, la inferma, in buone condizioni, con spirito risollevato, disse di voler dormire e chiese perciò di volersi volgere su di un fianco.

Ciò le fu proibito, le si praticò una iniezione sottocutanea di 2 centigr. di idroclorato di morfina. Sotto la sorveglianza continua di una infermiera fu lasciata tranquilla e dormì fino alle 5 del mattino. Interrogata come stesse rispose sentirsi bene e domandò del suo figlio.

Tolgo dal diario:

15 marzo - 8 ant. — La inferma si loda di un benessere generale, suda e fa corti sonni. Ha sete che si ristora con pezzetti di ghiaccio.

T. 38,2 — P. 100 — R. 30, respirazioni corte e superficiali. — Oppio centigr. 10: sottonitrato di bismuto gr. 3 in cinque c. u., una ogni h. Brodo e vino.

4 pom. — La inferma è stata tranquilla ed ha un aspetto sereno. Ha riposato per altri piccoli intervalli. Si mantiene la temperatura di stamane. Ha preso cucchiaiate di brodo e vino di Marsala con pezzetti di ghiaccio.

5 pom. — Vomiti di acque T. 38°,5′ — P. 100.

9, 30 pom. — T. 37°, 4′. I vomiti si sono ripetuti alcune altre volte, con tutto ciò la donna dice di stare bene. Si rinnova la medicatura: la ferita non dà cattivo odore, si lava tutto per favorire lo scolo del drenaggio.

16 marzo, ore 0 30 ant. T. 38°
3 — » » 37° 1′
5 — » » 37° 2′
7 — » » 37° 4′

Nella notte ebbe vomiti di materie acquose e verdastre nel mattino. Stamane la inferma è inquieta: il polso è più celere del solito, è filiforme ed irregolare. Il respiro è affannoso e profondo, ma non frequente. Si lagna della posizione supina dorsale. È stata leggermente rialzata. Tosto dopo l'inferma accusa leggeri brividi.

Ore 9 50 ant. T. 38° 1′
12 mer. » 38° 5′

Nel pomeriggio cresce l'affanno, il polso si fa intermittente e sfuggevole. Si rinnova la medicatura, si fa una lavanda di acqua a 40° fenicata al 2 % nel cavo peritoneale introducendola per lo estremo superiore della ferita addominale e con pressioni laterali facendole riuscire per l'estremo inferiore dal drenaggio; essa cola tinta di sangue nerastro diluito fetidissimo. La irrigazione è continuata fino a che l'acqua sia limpida. Riapplicazione della fasciatura di ovatta fenicata. Uguale irrigazione in vagina.

La inferma non accennò al menomo miglioramento e alle 11 p. morì.

All'autossia eseguita 24 o. dopo si trovò il cavo addominale asciutto e senza traccia di essudazione peritoneale; solo a partire dallo estremo inferiore della ferita addominale fino nel fondo del cavo pelvico tutto allo intorno del moncone del collo uterino e

specialmente in avanti ed in dietro si trova un tenue liquido nerastro fetidissimo. La lacerazione utero-vaginale si estende molto più in basso del livello del laccio costrittore applicato sul moncone cervico-uterino. La superficie lacerata è nera, tumefatta, infiltrata da icore.

II.

Dei casi testè narrati la causa di morte fu la pioemia nel 1°, la setticoemia nel 2° In quello i movimenti disordinati della inferma trassero entro il cavo addominale il peduncolo già corto per sè e con esso la catena schiacciatrice che andò a contundere le parti molli contro il promontorio del sacro. Vi furono altre di tali operazioni che ebbero un simile insuccesso per la stessa causa e se non erro furono la prima operata dal Prof. Chiara (1) e la seconda operata dal Prof. Spaeth. Questo è un fatto che se si spiega da un lato o con la inquietezza della inferma o con la troppo bassa applicazione del cingolo costrittore, o con la permanenza di questo in sito, mostra d'altro lato ad evidenza che il collo dell' utero non sempre ha sufficiente lunghezza per essere fissato all'angolo inferiore della ferita addominale. Ciò se dovea direttamente indursi dal fatto clinico, fu anche scientificamente provato dal Bandle, il quale dimostrò che nelle pelvi rachitiche schiacciate il collo è corto, dilatato ed assottigliato, quasi stirato a risalire l' ingresso della piccola pelvi, dalla parte che si presenta.

Quindi è che al trattamento estra-peritoneale del peduncolo si sostituì in tali casi l'intra-peritoneale, ossia l' abbandono in cavità del moncone cervico-uterino. Processo che fu adottato specialmente in alcuni casi di rottura d' utero, nei quali non sempre si è liberi di applicare più o meno in alto il cingolo; ma si è invece costretti a fissarlo più in basso che si può, per non lasciare aperta una breccia (lacerazione) per la quale o sangue tardivamente gemuto o elementi settici possano dal moncone e

---

(1) La osservazione è stampata, e mostra che non fu la troppo bassa applicazione del filo costrittore, ma l'aver lasciato il costrittore in sito il fatto che rese possibile il rientramento del peduncolo. La donna, inquieta sempre, punto ragionevole, nel piegare fortemente la coscia destra fece del costrittore poderosa leva con cui cacciò a forza il peduncolo nell'addome: d'allora ho abbandonata la pratica di lasciare in sede il costrittore. Vedi *Annali universali di medicina,* 1878 e la lettera al Dott. Berruti (*La 5ª operazione,* ecc., *Annali di ostetricia,* 1880).

(Nota del Prof. Chiara).

dalla vagina penetrare nel cavo addominale. Per tali ragioni dovemmo nel secondo caso affondare il cono del collo dell' utero. Di questa pratica spera un buon avvenire lusingato dalle belle riuscite ottenute in ovariotomie con peduncolo affondato in cavità, il Prof. Alex. Russel Simpson di Edinburgo (1). Il Dott. Mangiagalli di Milano (2) sull' esempio di Schröeder e Labbè nella isterectomia per fibromi uterini, accenna al desiderio che a ciò si arrivi assicurandosi meglio l' emostasi del cono cervico-uterino, mercè la sua quadrupla divisione (3).

Ma potrà anche il processo della quadrupla legatura semplicemente garantire dagli accidenti secondarii di una parte lesa nel cavo peritoneale?

Tra peduncolo ovarico e peduncolo uterino di leggieri si avvede passare qualche differenza: in quello, tessuto fibroso non molto abbondante, talvolta percorso da qualche vena anche di rilevante calibro ma sempre facile a schiacciarsi e ad obliterarsi per lieve processo flogistico che si susciti nel suo endotelio. Nell'uterino allo incontro uno strato sieroso suscettibilissimo per la condizione di puerperalità, uno strato muscolare più o meno riducibile sempre percorso da vasi venosi ed arteriosi, di lume triplo o quadruplo che nello stato ordinario; vasi i quali, se nel primo tempo dopo la costrizione non danno sangue possono gemerne tardivamente e per la riduzione di volume delle fibre muscolari del moncone e per nevroparesi delle pareti vasali stesse. Di più v'ha lo strato mucoso del restante collo, il quale si sfalda e cade in detriti forse non immuni da produzioni parassitarie settiche perchè quel tratto di canale cervicale era già nell'ultimo tempo della gravidanza, specialmente se in pluripara, esposto all'aria, alla miscela con liquidi vaginali ed ai contatti non sempre puliti delle dita dell'ostetrico, degli studenti e delle levatrici.

Però se tale quadrupla legatura, così semplicemente praticata, sia insufficiente a prevenire emorragie e fenomeni di infiammazione peritoneale o di assorbimento di materie infettive, può

---

(1) *British med. Journal,* 11-18, 1881.

(2) *Annali di Ostetricia, Ginecologica e Pediatria,* 4, 1880

(3) Ma non ne è partigiano perchè prima di venire a tale proposta, parlando dell'affondamento del peduncolo scrive: « A vero dire io fui sempre ricalcitrante « a tale misura perchè m'imponevano la gran massa dei tessuti da affondarsi ed « il calibro dei vasi che in essa decorrono. »

bene con il soccorso della irrigazione e del drenaggio, con sicurezza prevenire simili accidenti.

Il processo primitivo del Porro è senza dubbio il più semplice, il più spedito, il più sicuro nelle condizioni ordinarie; specialmente se si seguono i consigli dati ultimamente dal suo assistente il Dott. Nicolini, di *fissare l'ansa metallica* cioè, sul *resistente tessuto di uno od anche ambedue gli ovarii* (1). Con tale norma oltre ad avere un peduncolo abbondante, il costrittore non scivolerà in basso verso l'apice del cono cervicale e per conseguenza non rientrerà nel cavo del ventre.

Pure molte furono le modificazioni che esso subì. Con quale scopo? V'ha chi volle accagionarne più spesso il sentimento delle piccole ambizioni soddisfatte di colui il quale cambiò il processo originale, che non le speciali circostanze del caso. Io invece voglio pensare che ognuno dei modificatori intendesse nel momento dell'operazione rendersi più agevole l'atto operativo ed assicurarsene meglio il successo moltiplicando i mezzi per prevenire il disastro. Credo anzi che anch'essi conoscendo l'adagio « *facile est inventis addere* » non avranno avuto così pungente prurito di passare per innovatori o inventori a costo della vita della loro paziente.

Il Müller infatti trovò agevole la estrazione dell'utero pieno dal taglio addominale e, per tale fortunato caso che gli occorse rilevando quale utile ne ritraesse ad impedire il versamento in cavità di sangue e liquido amniotico, volle proporlo quale modificazione essenzialmente importante. Dato un utero piccolo per feto poco sviluppato e per acque amniotiche scarse o con pregressa rottura di membrane, se si riuscirà a trarlo fuori pieno, fortunato a chi tocca! — I fatti di Ramello e Brambilla (2), di Breisky (3), di Elliot Richardson (4), di G. Veit (5) e di Werth (6) mostrano che in singoli casi si può realmente estrarre l'utero

---

(1) *Di un'amputazione utero-ovarica cesarea (metodo Porro).* Dott. G. B. Nicolini. Milano, Tip. Richiedei, 1881.

(2) *Il servizio di chirurgia ostetrica al domicilio del povero — Estirpazione utero-ovarica per grave angustia di pelvi rachitica,* Torino, 1880.

(3) *Centralbl. f. Gynec.,* 1881, 10.

(4) *Am. Journ. of. med. Sciences,* I, 1881.

(5) Levis: *Beitrag zur Statistik des kaiserechnitts mit excision der Gebärmutter. — Ctrbl. f. Gynec.,* 1881, 9.

(6) *Ctrbl. f. Gynec.,* 1881, 19.

intero ed avere un esito felice dell' operazione. Il Müller consiglia inoltre di comprimere la cervice uterina con apparecchio costrittore prima di inciderne la parete del corpo, affine di avere un taglio incruento. A questa seconda parte non sempre seguita da quelli che praticarono la prima del processo del Müller, si oppone energicamente l'interesse della vita del feto che è la vera determinante di tutta la operazione. Se però il feto sia certamente morto, allora anche questa seconda parte potrà in taluni casi attuarsi. Il Chiara del resto con quel senno pratico che distingue il clinico maturo ed oculato, concludendo le sue riflessioni su tale modificazione scrive: « Codesta pratica si dovrà in » avvenire subordinarla rigorosamente alle condizioni fisio-anato- » miche di capacità addominale, di volume, direzione, sito del- » l'utero proprie a ciascun caso speciale, ecc. »

Il Rein (1) insiste sull'applicazione del tubo elastico intorno al collo dell'utero e lo fissa allo esterno della ferita ventrale con due aghi che trafiggono ad angolo retto fra loro la spessezza del peduncolo. All'applicazione emostatica del tubo elastico al collo fecero buon viso il Welponer (2), ed il Simpson jun e l' usarono con vantaggio il Franzolini di Udine ed il Fehling.

Il Kaltenback passa un ago unico, tagliente nel corpo e cannulato nel manico, attraverso il moncone. Questo ago porta dietro un cordoncino in caoutchoux, doppio di struttura così da potersi stirare molto senza rompersi, ed avvolgere a cifra otto nel peduncolo per tal guisa diviso in due.

In tale pratica lo segue il Tibone (3).

Il Chiara propone ed il Breisky esegue il passaggio di un trequarti, entro la cui cannula sieno portati due fili costrittori di Cintrat che andranno stretti uno per lato, convertendo così l' unico peduncolo in due ed impedendo la sfuggita dei costrittori che sono fissati nel centro del cono cervico-uterino.

Molti altri al costrittore di Cintrat, preferirono la catena (Chiara C. F. Braun, Späth, Pasquali), altri applicò il clamp di Spencer Wells (Fehling) o il klemmer di Thomas (Ramello e Brambilla), altri finalmente usarono i cordoni di seta, di catgut e di cautchoux.

---

(1) *Annales des Gynec.*, 1881, 2.
(2) *Sperimentale*, 1879, giugno.
(3) *Annali di Ost. Gin. Pediat.*, 1881. 2.

Veit e Fornari (1), estratto il feto, stringono parzialmente i legamenti larghi e gli ovarii in diversi lacci, pressochè come nella estirpazione di tutto l'utero non gravido alla Freund; poi separato ai lati l'utero dagli ovarii e dai legamenti larghi che lasciano in posto, tagliano il corpo dell'utero orizzontalmente al di sopra di un laccio stretto circolarmente al collo. Malachia De Cristoforis come norma generale in ogni caso di taglio cesareo, ed il Mangiagalli in casi di carcinoma dell' utero gravido a termine propongono la esportazione totale dell'utero canceroso con il metodo di Freund, modificato da Kocks. Il Veit inoltre, il Litzmann ed il Werth di Kiel e lo Zweifel di Erlangen cuciono il peritoneo al disopra del moncone residuo, secondo la raccomandazione di Hegar, sull'esempio dello Schröder nelle amputazioni sopravaginali di uteri non gravidi.

Codeste modificazioni mirano anzitutto ad un solo scopo, alla emostasia. Alle raccolte di siero trasudato dai tessuti incisi, essudato dalla superficie peritoneale, di pus, di detriti, di tessuti tardivamente necrosati, ben pochi pensarono. Si è contato molto sul potere riassorbente del peritoneo e si è fatto troppo a fidanza con la pretesa nettezza della paziente, delle mani dell' operatore, dei suoi strumenti e degli ambienti ov' esso opera; nettezza più apparente che reale perchè non sempre si sa procurarsela o si può ottenerla assolutamente. Se si citano i buoni risultati delle Scuole di Milano e Vienna, dirò che per paragonarsi a quelle bisognerebbe essere tutti abili come gli operatori di quelle Cliniche e possederne i mezzi per ottenere i loro successi.

Intanto tale operazione può occorrere di urgenza, ed a chirurgi che non hanno il vasto esercizio delle cliniche ostetriche, ed in luoghi molto meno adatti di quelle (Ramello e Brambilla). Questi tali chirurgi dovranno pure premunirsi dai pericoli della infezione nelle ferite peritoneali. Le statistiche della operazione del Porro mentre hanno un percento molto lusinghiero per i sopradetti due Istituti e per pochi chirurghi, hanno una desolante cifra per il resto degli operatori.

All'ultima statistica di Alex Russel Simpson, si hanno di 29 morte:

Per peritonite . . . 20
Per emorragia . . . 3

---

(1) *Raccoglitore Med.*, Serie IV, vol. XIV. N. 12-13.

Per shock	2
Per tetano	2
Per trombosi	1
Per edema polmonare .	1

Il che vale a dire sopra 100 morte, se ne perdono 68, 96 per peritonite. Questa micidiale infiammazione si è cercato da tutti di prevenirla nella emostasia e nella nettezza durante l'operazione, quasi da nessuno pensando al tempo dopo l'operazione. Dando libero scolo a liquidi che potrebbero esserne causa o ad altri che ne sono l'immediato effetto, la peritonite si previene e si reprime attenuandone la forza e arrestandone il decorso. Dico *quasi da nessuno* (1) perchè alcuno vi fu che avvisò a scongiurare l'evento funesto: il Porro nella sua, il Chiara nelle due prime, il Peruzzi (2), l'Halbertsma (3) e C. F. v. Braun posero il tubo a drain (4). I tre primi applicando il drenaggio addomino-vaginale, l'ultimo fissando un drenaggio (3ª operata) allo estremo inferiore della ferita addominale che pescava nella escavazione vescico-uterina al disotto del moncone. Le operate del Chiara perirono, quelle degli altri ebbero il successo meritato da così razionale terapia.

Allo infuori di questo innocuo e tanto giovevole mezzo preventivo, insorgendo una peritonite, non resterebbe che slacciare la ferita già cucita del ventre e lavare il cavo peritoneale, come accadde in altro caso occorso al Prof. C. F. v. Braun (5).

Ma anche dopo così energico rimedio si è esposti al ripetersi e riaccumularsi di nuovi essudati che all'autopsia si troveranno riempire la piccola pelvi: ciò che in quest'ultima operata accadde di vedere al Professore della 1ª Clinica ostetrica viennese.

Il drenaggio passato nella piega del Douglas, sarebbe sempre sufficiente a fognare i liquidi raccolti nel fondo della piccola pelvi?

Forse, ma non sempre nei casi in cui il peduncolo si fissa all'angolo inferiore della ferita addominale; credo che quasi mai

---

(1) Chiara. *La ovaro-isterotomia cesarea — Ann. Ost. Gin. e Ped.*, I, p. 17.

(2) *Annali Ost. Ginec. Pediat.*, 1880, 11-12.

(3) *Ctrlbl. f. Gynec.*, 1881, 3.

(4) *Sperimentale*, 1879, giugno.

(5) Pawlick: *Drei Fälle v. Sectio Caesarea mit extirpation des uterus. — Wien. med. Wochenschr.*, 1880, 10 u. f.

quando il peduncolo sia abbandonato in cavità. Resterebbero i liquidi raccolti nella escavazione anteriore al moncone uterino. Il Dott. Welponer riportando l'autossia eseguita dal Dott. Chiari sulla prima operata di C. F. Braun scrive: « L'escavazione vescico-uterina è scomparsa in causa della fissazione del cono utero-cervicale, anche la vescica urinaria è alquanto stirata in alto. » Ma non avverte che a quella escavazione normale scomparsa un'altra se ne sostituisce forse di quella non minore, escavazione che chiamerei *cervico-pubi-addominale* (1). Poichè indietro è limitata dal cono cervicale dell'utero, in avanti dal pube e dal tratto di parete ipogastrica che si estende dal margine superiore del pube al limite inferiore della ferita addominale.

Se le due superficie sierose che tappezzano questa nuova cavità aderiscano presto, non si troverà fra loro raccolta; in caso contrario troveremo ciò che notammo il Dott. Sacchi (2) nella operata del Prof. Coggi di Parma, il Prof. Tibone nella sua seconda operata ed io nell'ultima delle due testè descritte. — Il primo così chiaramente si esprime: « Nello spazio di Douglass » vedevasi una piccola raccolta siero-purulenta. Levato il serra- » nodi, il moncone non mutò posizione rispetto all'angolo infe- » riore della ferita, e ciò per effetto di aderenze che il peritoneo » laterale ed anteriore della parte cervicale uterina avea contratto » con il peritoneo parietale sopra-pubico. E per tali aderenze che » facilmente furono staccate erasi costituito uno spazio chiuso, » limitato al davanti dal pube, allo indietro dalla faccia anteriore » del moncone, in basso dal fondo della vescica, in alto ed ai » lati dalle dette aderenze, *spazio che era riempito* da pus giallo » denso. »

Il Prof. Tibone (3) riferendo l'operazione ultima sulla donna affetta da estrema distocia pelvica, complicata da rottura d'utero, mostra chiaramente avere posto mente alla esistenza dello spazio *cervico-pubi-addominale*. « Volli diminuire — egli dice — la pro- » fondità di quel seno *che era abbastanza grande* a forma trian- » golare, il quale ha per limite la superficie anteriore del cono » cervico uterino, la parete addominale per quel tratto che è

(1) Vedi l'autossia della mia 2ª operata dove si descrive la raccolta marciosa nel cavo cervico-pubio-addominale, per cui il tubo non funzionò. Chiara.

(2) *Ann. Ost. Ginec. Pediat.*, 1880, 5.

(3) *Ann. Ost. Ginec. Pediat.*, 1881. 2.

» sottostante all'angolo inferiore della ferita e la sinfisi pubica,
» *in cui spesso si annida un fomite flogistico.* »

Nella ultima operata del sig. Prof. Pasquali, nella quale il peduncolo si dovette abbandonare in cavità, io trovai, che il liquido icoroso nerastro stava raccolto come in due saccoccie, l'una avanti, l'altra dietro al peduncolo; i labbri della ferita lacera della vagina e del collo erano tumefatti neri ed infiltrati di icore. Anche in questo caso il drenaggio avrebbe potuto fognare la metà posteriore della escavazione pelvica e forse non la metà anteriore come dimostra l'autossia succitata della seconda operata dal professor Chiara. Queste due saccoccie fermarono la mia attenzione.

Pensai che potendo infossare in vagina il peduncolo, le pieghe peritoneali cervico-vescicale e cervico-rettale sarebbero scomparse e laddove, nel centro della escavazione pelvica sporgeva un cono costituito dal moncone del collo dell' utero amputato si sarebbe stabilito un cavo imbutiforme il quale per essere unico e nel punto più declive avrebbe certamente fognato qualunque parte e liquida e semi-solida, essendosi formato un unico canale addomino-vaginale. Un drenaggio fissato in avanti allo estremo inferiore della ferita del ventre e che in basso passasse per la vagina fino alla vulva potrebbe permettere una irrigazione più o meno prolungata e da ripetersi quante volte occorresse.

Il Dott. Chiarleoni di Milano in donna affetta da cancro del collo, a termine di gravidanza, immediatamente dopo il parto estrasse di proposito l' utero arrovesciandolo per la vagina, a pareti addominali integre; ed applicato un cingolo in fondo ai cul di sacco vaginale, tutto lo esportò.

Parti precipitosi hanno prodotto la inversione dell'utero; trazioni inconsulte di ignoranti mammane hanno parimenti rovesciato e strappato l'utero a donne che sono sopravvissute. Questi fatti non m' incoraggiano menomamente a seguire l' esempio di chi li compiè, ma mi dimostrano: che se non è estremamente difficile il rovesciamento dell'utero puerperale, quando esso è tutto intero, dev'essere molto più facile, dopo l'amputazione del corpo, abbassare per la vagina il collo rovesciato, non unico ma diviso in quattro porzioni.

Il Dott. Sacchi nella sua ingegnosa epicrisi alla storia della operata dal Coggi mostra che anche a lui venne bene in mente di potere — dopo laparatomia ed isterotomia longitudinale — praticare l'arrovesciamento dell'utero « quando — sue parole — non

» l'impedisse la presenza di voluminoso tumore uterino, ovvero
» una stenosi vaginale incorreggibile ed un restringimento così
» pronunciato dello stretto inferiore, che non desse modo di
» portare con una certa facilità e prestezza l'ansa costrittrice ed
» abbracciare in alto l'utero arrovesciato (1). » Egli aggiunge che ha già fatte due prove di rovesciamento d'utero puerperale nel cadavere e gli sono riuscite. Non si nasconde però che a donna viva, se l'utero non sia caduto in inerzia il suo rovesciamento deve essere tutt'altro che facile e che non si può tentarlo a lungo *urgendo di frenare una imponente emorragia.* Qui io aspettava il mio collega di Cremona! Il Chiarleoni rovesciava l'utero puerperale, ma l'utero e le pareti addominali erano intatti. Non ci dimentichiamo che, appena inciso l'utero per estrarne il feto, abbiamo una emorragia ove più ed ove meno, sempre imponente; ad ovviare a questa bisogna applicare il più sollecitamente possibile un cingolo costrittore, ma messo il cingolo l'utero non si rovescia più.

Non è dunque, secondo me, il processo del Sacchi, buono nel concetto, erroneo nell'atto, che potrà effettuarsi.

Cambiamo la tesi.

Non è l'utero che bisogna rovesciare, è il collo, dopo che l'utero è stato amputato, dopo che l'emostasi è assicurata.

Ed ecco come: Prima di tracciare il *mio processo* che propongo descriverò lo strumento che ho ideato a questo scopo.

Esso può chiamarsi *ago-coltello* (fig. 1, Tav. 2ª). Un coltello di figura semilunare, lungo ctm. 26, con una corda di ctm. 22 ed una saetta di ctm. 5. Ad uno estremo finisce a punta di lancia, all'altro è fisso su poderoso manico; il suo margine concavo è per la maggiore estensione tagliente, il margine convesso è ottuso e ne forma la costola; a metà della cui lunghezza sta una cruna della capacità di mm. 8 × mm. 3. Ai lati della cruna fanno capo due solchi incavati per la lunghezza del tratto tagliente sulle due faccie della lama, vicini e paralleli al margine ottuso. In ambo le faccie della lama sul suo margine convesso, a partire dal mezzo della cruna sono segnati in centimetri i punti equidistanti. La figura dell'*ago-coltello* è semilunata sul taglio, perchè il punto del mon-

(1) Il Porro nella relazione del suo caso discute, per respingere, l'arrovesciamento vaginale..... che venne anche già proposto dal Giordano nel 1878.
(Nota del Prof. Chiara).

cone da trafiggere si trova ad un livello sempre più basso delle pareti addominali per quanto esse sieno depresse. Quando la metà di lunghezza della lama corrisponde alla metà di spessezza del cono cervico-uterino, i due suoi estremi devono essere ad un livello superiore al punto di trasfissione del peduncolo. Ciò affinchè l'uno, l'aguzzo, sia innocuo alle pareti del ventre, l'altro, il manicato riesca facilmente maneggevole.

Un'altro ago (fig. 2, Tav. 2ª), da materassaio, è schiacciato a lancia pungente e tagliente con cruna ampia, ma di dimensioni tali da passare attraverso la cruna del primo strumento. Esso è retto e lungo ctm. 18. È curvo sul piatto, ha una corda di ctm. 16 ed una saetta di mill. 33.

La costruzione di tali strumenti è intesa allo scopo di far passare per il centro del peduncolo cervicale dell'utero quattro lacci, nella stessa guisa che Manec suggerì di legare alla base i tumori sotto-cutanei in quattro segmenti.

Descrizione del processo dell'autore.

Estratto dal ventre l'utero già vuotato dal feto (o per lacerazione dell'utero e migrazione del feto o per incisione della sua parete anteriore), applicato a ridosso delle ovaie il costrittore di Cintrat e strettolo bene fino ad ischemizzare del tutto il peduncolo, un aiuto a destra della inferma tira l'utero in alto ed in avanti ed un altro a sinistra comprime energicamente contro il collo dell'utero ed affondando più che può le pareti addominali. L'operatore allora o situato fra le gambe della inferma o alla sua sinistra, brandito con la mano destra il coltello semilunare lo infigge più in basso che può, al disotto del costrittore, o lateralmente se non v'abbia lacerazione o se questa esista nella direzione da questa determinata, da sinistra a destra relativamente alla inferma e viceversa rapporto all'operatore. Spinge l'*ago-coltello* in senso orizzontale fino che la lancia sia uscita al punto diametralmente opposto nella periferia del moncone; poi abbassando il manico fa fare un quarto di cerchio alla lama che arriva con la sua cruna nel centro della spessezza del peduncolo uterino. Ciò è assicurato dal vedere segnate in numeri uguali le porzioni del coltello che restano fuori del moncone.

In quella metà ed a livello o poco più sotto dei punti di emergenza della estremità del coltello, si è sicuri di infilare la cruna in esso forata.

Affinchè si sia guidati più sicuramente a cadere con l'ago da materassaio nella cruna, se la punta di questo non vi cade di primo acchito, si fa strisciare l'ago d'alto in basso per l'altezza della lama del coltello; così la punta cadrà nel solco sul quale sarà facilmente guidata entro la cruna dell'*ago-coltello*.

In quella direzione ad angolo retto sul piano del coltello si infigge l'ago da materassaio che porta l'ansa di un cordone forte di seta lungo un metro; ogni laccio deve avere per lo meno 20 ctm. di lunghezza. L'ansa arrivata con la metà della sua lunghezza nell'interno del cono cervicale è recisa e resa libera dall'ago che è ritirato. Così due sono i lacci passati per mezzo al moncone. Spingendo il coltello ad affondarsi fino al manico, a destra della donna uscirà la cruna con due anse del cordone: una di queste è recisa ed i fili trattenuti costituiscono i due lacci di destra, l'altra è ritirata con il coltello a sinistra per essere come la prima recisa quando la cruna sia ritornata al di fuori del peduncolo; così si hanno i due lacci di sinistra. Tutti quattro sono strettamente legati spingendoli con le dita più in basso che sia possibile. Annodati i quattro lacci il coltello semilunato non è ritirato semplicemente, ma con movimenti di va e vieni rialzandolo gli si fa incidere trasversalmente in due metà, una anteriore ed una posteriore il moncone cervicale fino alla altezza del costrittore.

Arrivato a questo livello lo si sfila: poi lo si infigge dall'avanti allo indietro nella strada fatta dall'ago da materassaio e con movimenti ugualmente alternati di va e vieni ed ascendenti si ottengono le due metà del cono divise in quattro. Sfilato il coltello falcato s'incide trasversalmente il moncone subito al disotto del costrittore di Cintrat. Ciò fatto, essendo i quattro peduncoli liberi con la mano sinistra dal lato del cavo addominale si raccolgono i lacci costrittori dei singoli peduncoli e si affidano alla mano destra che li riceve e li tira in basso per la vagina, mentre che l'altra mano con dolce pressione coadiuva l'arrovesciamento di quattro segmenti del collo.

Nettamento del cavo peritoneale con lavatura e spugnatura. Sutura profonda e superficiale della ferita addominale. Fissamento di un drenaggio allo estremo inferiore di questa ferita e suo passaggio per la piccola pelvi, vagina e vulva.

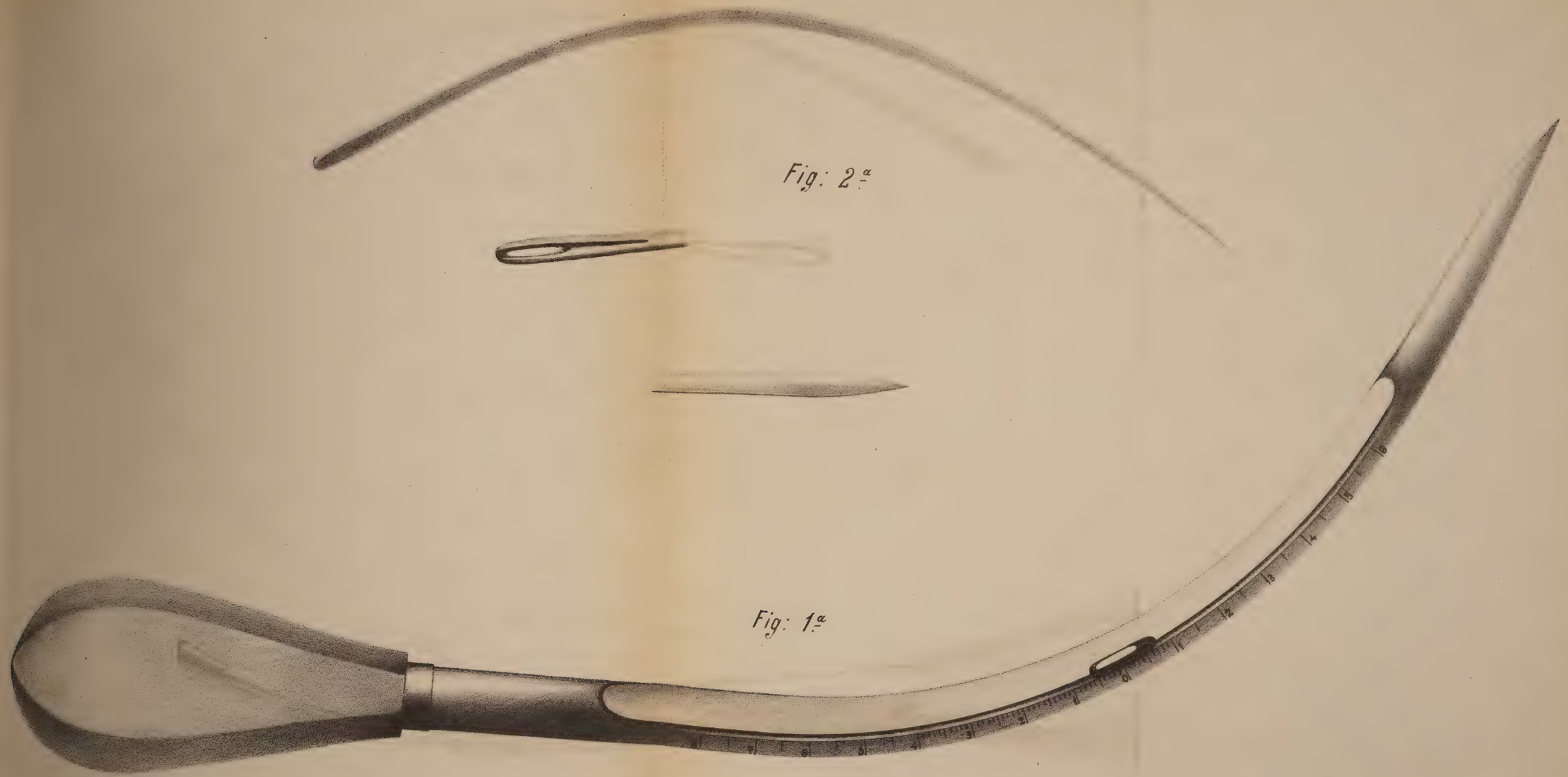
Irrigazione più o meno frequente di una soluzione fenicata all'1-2 % o di Timol $^1/_{1000}$ a 38°. Nel resto l'ordinaria imbottitura antisettica da rinnovare ad ogni irrigazione.

Chi provi tale processo vedrà ch' esso è ben più lungo a descriversi che non ad eseguirsi; poichè la trasfissione di quegli aghi non è nè difficile nè lunga in uteri puerperali. Oltre i vantaggi immediati di potere dare luogo ad una medicatura veramente antisettica, offre per l' avvenire dei processi riparativi e cicatrizziali quei vantaggi ai quali il Sacchi già accennava: semplificare, cioè, la ferita esterna addominale rendendone così possibile la riunione per prima intenzione in tutto il tratto superiore al drenaggio.

Dopo la rimozione di questo per l' addattamento di quattro porzioni di superficie sierose una facile riunione dei segmenti cervicali dal lato dell' addome, ed una solida cicatrice formata dai residui muscolari del collo rovesciato, ricoperta dallo strato mucoso del collo stesso dal lato della vagina.

Tale processo non intendo proporre come modificazione in senso assoluto per tutti i casi, ciò che sarebbe inutile e dannoso, al processo originale del chiaro clinico pavese, ma per essere adottata in casi singolari e speciali contingenze, quali un cortissimo collo di utero e principalmente una rottura d'utero con fuggita di feto nell' addome ed impossibilità assoluta della sua estrazione per la vagina.

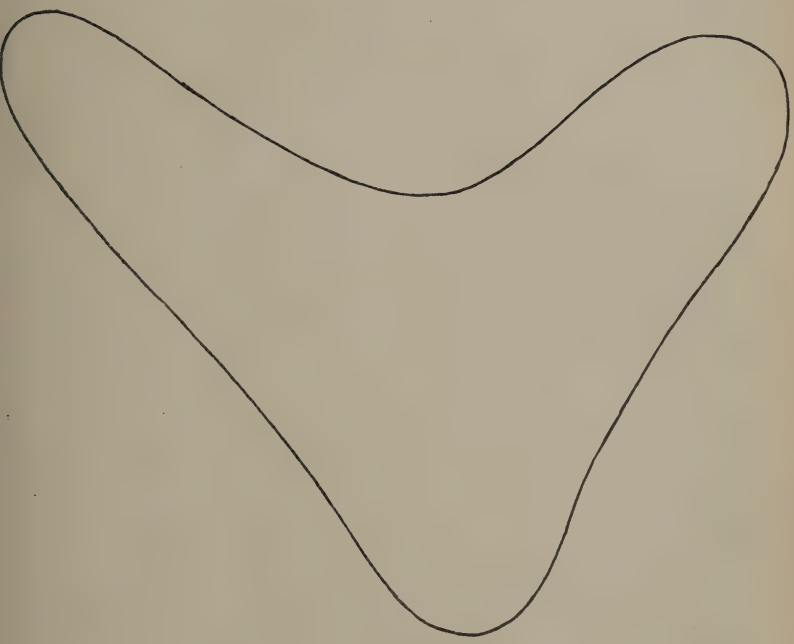
Fu fatta la proposta e mostrati gli strumenti innanzi all'*Associazione Lancisiana degli Ospedali di Roma* nella seduta ordinaria 18 giugno 1881 — Vedi *Bollettino*, anno I, 1880-81, pag. 62.



Lit: D. Bellazzi, Milano.

614

Tav.ª 1.ª



614

SULLA SINFISIOTOMIA

NOTA DEL

Cav. O. MORISANI

Professore Direttore della Clinica Ostetrica di Napoli

Facciamo pubblica in questo giornale la breve ma importantissima comunicazione che il Prof. Morisani s'era proposto fare alla Sezione ostetrica del Congresso medico internazionale di Londra. Giusta il regolamento per il Congresso un sunto delle comunicazioni doveva essere inviato al Segretario generale del Congresso nel mese di aprile. — Il Morisani, che non aveva ottemperato a cotesta condizione, non aveva più diritto alla parola per la sua comunicazione, perciò rivolgevasi al Presidente del Congresso, Sir Paget, domandando gli fosse concessa la parola, in via di eccezione, e considerata la brevità di quanto intendeva leggere. Sir Paget annuiva e s'accordava con il Presidente della sezione ostetrica e il suo Segretario, che al Morisani fosse concessa la parola per *ultimo* e nella *ultima* seduta della sezione: presiedeva quel giorno Barnes, il quale, per ragioni che ci asteniamo dal giudicare, scioglieva l'adunanza proprio nel momento in cui Morisani stava per parlare.... ed ecco come perchè nessun nome italiano figura tra quelli de' colleghi che presero parte ai lavori della sezione ostetrico-ginecologica; da ciò ancora la pubblicazione della nota.

Signori!

Vi prego di accordarmi per un istante la vostra benevola attenzione: io vo' parlarvi d'una operazione che è stata oggi quasi universalmente bandita dalla pratica ostetrica, la divisione cioè della sinfisi dei pubi (sinfisiotomia).

Io vi presento 50 casi di questa operazione praticata a Napoli sopra 48 donne (2 sono state operate due volte).

Su questo numero di operazioni si ottennero i seguenti risultati:

40 donne salvate e 10 morte
41 bambini vivi e 9 morti.

È a notare che più volte la operazione fu praticata dopo un certo tempo dal cominciamento del travaglio; e che in molte circostanze il feto era stato sottoposto a diverse manovre ed operazioni prima di ricorrersi al taglio della sinfisi.

Notiamo ancora che il feto si presentava:

per la testa —	45	volte con	4	morti
» la pelvi —	3	»	3	»
» tronco —	2	»	2	»
Totale	50		9	

In quanto ai diametri del bacino eccoli:

81 mill. C. V.	12
74 »	16
69 »	7
67 »	13
61 »	2
	50

Facciamo riflettere che a 81 mill. fu concesso tutto il tempo possibile all'aspettazione e si praticò sovente una discreta applicazione di forcipe prima di ricorrere alla divisione della sinfisi: in un caso si tentò anche di estrarre il feto con lo apparecchio di Chassagny.

Il limite inferiore della operazione è stabilito a 67 mill.; la si è praticata due volte a 61 mill. ma soltanto per eccezione. — E forse per aver oltrepassato questo limite inferiore della operazione si ebbero sovente infausti risultati (1).

---

(1) Mi propongo in un'altra nota che sarà pubblicata tra non molto di discutere i limiti della indicazione della sinfisiotomia, esponendo il meccanismo dell'aumento diametrico che si ottiene per la divisione della sinfisi.

Farò ora brevemente il paragone tra la sinfisiotomia e le altre operazioni che avrebbero potuto essere indicate nei limiti accennati d'angustia pelvica.

Non debbo paragonare la sinfisiotomia col parto prematuro artificiale. Secondo me l' ostetrico il quale avesse a curare una donna durante la gravidanza nei limiti indicati di angustia del bacino, avrebbe il dovere di provocare prematuramente il parto. Aspettare il termine della gestazione, per operare il taglio della sinfisi, sarebbe, a mio parere, una cattiva chirurgia ed una cattiva azione.

La sola operazione che deve essere paragonata alla divisione della sinfisi è la embriotomia. Facciamo dunque il paragone e consultiamo le cifre.

Io prenderò per termine di paragone le statistiche di embriotomia pubblicate recentemente in Italia dai miei amici i Professori Chiara di Milano e Tibone di Torino.

Secondo Tibone, praticando la embriotomia coi metodi più perfetti si perdono 21 donne su 100.

Chiara ha avuto 20 morte su 100 operate.

Con la sinfisiotomia noi abbiamo avute 10 morte su 50 operate, ossia 20 per 100. E bisogna notare che con la prima operazione tutti i bambini vennero morti, mentre col taglio della sinfisi se ne salvarono 41 su 50. Io vi lascio giudicare a quale delle due operazioni spetti la preferenza.

In quanto alla operazione cesarea io non debbo compararla con la sinfisiotomia. La indicazione di questa operazione finisce là ove comincia quella della prima, vale a dire a 67 mill. Mi pare che tutti gli ostetrici siano d'accordo su questo particolare.

Rimane ancora la operazione di Porro. Si può affermare che questa operazione abbia prodotta una specie di rivoluzione nella ostetricia: abbiamo veduti pratici eminenti partigiani convinti della embriotomia, praticare in questi ultimi tempi l'amputazione utero-ovarica con buoni risultati. Per mio conto io penso che la operazione di Porro debba essere preferita al parto cesareo, ma solamente nei casi in cui questo è indicato. Nondimeno se vogliamo farne il paragone con la sinfisiotomia io non esito a farlo.

Ecco i risultati di 76 casi di amputazione utero-ovarica dopo il taglio cesareo riferitimi dal Dott. Negri, medico assistente nella R. Scuola di Ostetricia in Milano.

Ne risulta potentissimo che la sinfisiotomia non iscapita nel paragone.

Donne operate 76	Bambini
Guarite 34 — morte 42	vivi 62 — morti 13
	uno con esito non conosciuto.

Bisogna aggiungere ancora un bambino per il fatto che in un caso la gravidanza era doppia e si estrassero due bambini morti.

Sicchè su 152 individui si ebbero 96 salvati e 56 morti.

Mentre con la sinfisiotomia su 100, 81 salvati e 19 morti.

Voi lo vedete adunque, la sinfisiotomia ha dato buoni risultati, essa non merita di essere bandita dalla pratica come si è fatto.

Dirò infine una parola sul processo operativo che noi adoperiamo per dividere la sinfisi pubica. Noi facciamo uso di un piccolo istrumento detto *falcetta di Galbiati* dal nome del suo inventore. È un bisturi bottonato, curvo sul tagliente, abbastanza solido ed a manico fisso.

Facciamo una incisione di 3 centimetri ad un centimetro circa al di sopra della sinfisi, arriviamo poco a poco sino alla articolazione; facciamo passare la falcetta sulla superficie posteriore della sinfisi, ed arrivati alla estremità inferiore applichiamo la concavità tagliente sulla cartilagine inter-pubica, e tagliamo di basso in alto. Fatto ciò aspettiamo la espulsione spontanea del bambino, se le contrazioni dell'utero sono abbastanza energiche; ma se siano deboli o se la testa tardi a discendere nella pelvica escavazione, non esitiamo ad estrarla col forcipe. Pratichiamo infine una medicatura per *riunione mediata* e cerchiamo d'immobilizzare il bacino con adattato apparecchio, che dopo i primi giorni rendiamo più solido col gesso o col silicato di potassa.

Concluderò:

1.° La sinfisiotomia è una operazione che deve restare nella pratica ostetrica;

2.° I funesti risultati che se ne ebbero erano piuttosto ad imputarsi o allo intervento troppo ritardato, o succeduto ad altre operazioni più o meno gravi o alla pratica della operazione al disotto dei limiti della sua indicazione.

RANULA IN UN NEONATO

Nota del

PROF. G. CALDERINI

Un bambino entrato in questo Istituto nella Sezione degli Esposti addì 8 ottobre e nato il 5 dello stesso mese aveva una tinta livida al viso, un timbro di voce alterato, non s'attaccava bene al seno della nutrice ed era tuttavia maturo ed apparentemente sano.

Mentre apriva la bocca e muoveva la lingua si scorgeva, sotto a questa, dal lato destro, nel solco del palato inferiore della bocca, un tumore avente forma di piccola salsiccia, per un tratto, libero e coll'apice rivolto verso l'apice della lingua. La parete verso l'apice era diafana e ricordava la vescica natatoria dei pesci e su di essa serpeggiavano esili vasi sanguigni; la consistenza era elastica, il contenuto, liquido, pareva chiaro.

Trattavasi di uno di quei tumori cistici che sono detti generalmente *ranula*. Lasciati passare alcuni giorni per studiare meglio il fatto e per vedere se il tumore cresceva; si procedette a far la cura radicale nel modo seguente:

Il bambino fu fasciato e deposto sopra un piccolo tavolo; la testa si fece tenere fissa da una persona, da altra si fecero tenere divaricate le arcate gengivali mediante lo speculum oris che fa parte dell'apparecchio di cloroformizzazione; la lingua fu presa col forcipe che fa parte dello stesso apparecchio e si fece tenere, da altra persona, stirata verso il lato opposto al tumore. Si afferrò l'apice del tumore in due punti opposti mediante due pinze a forbici, sottili, con fermaglio (Koker-Pean) e si consegnarono entrambe ad altra persona.

Spaccato con un colpo di forbici l'apice della cisti, asciugai con una pezzuola il liquido mucoso, di aspetto lattiginoso che

ne uscì in copia come un cucchiaio da caffè, e ottenuto di allargare l'apertura praticata col rallentare il tiramento operato dalle pinze, vi feci passare un cannello sottile di nitrato d'argento (mitigato col nitrato di potassa) e ve lo tenni poco facendolo girare fra le dita sul proprio asse.

Tolte le pinze asciugai la ferita comprimendo, tolsi il forcipe della lingua che vi aveva fatto di sotto un solco, invero, un po' profondo, tolsi lo speculum oris e consegnai il bambino alla nutrice.

Nei dì seguenti si scorgevano: le pareti della cisti ispessite e rosse, la ferita suppurante, il solco di pressione sotto la lingua scomparso affatto.

Per due giorni il bambino fu un po' noioso e si attaccava poco al seno, nel terzo dì si attaccò benissimo; il tumore era ridotto a piccole proporzioni, la piaga presentava bell'aspetto; nel quindicesimo giorno la guarigione era completa.

In una famiglia questa piccola operazione avrebbe una discreta importanza. Si potrebbe eseguire con diverso apparecchio, ma conviene sempre prepararsi convenientemente il campo operativo facendo in modo che il bambino sia reso immobile, la testa sia fissa, la bocca sia larga permanentemente e la lingua tirata dal lato opposto al tumore e che si *possa divaricare la ferita per portare il nitrato di argento dentro al sacco* e senza offendere le parti vicine.

Ho preferito il nitrato di argento al percloruro di ferro portato dentro al sacco con pallotola di filo e di cotone, quello parendomi mezzo più sicuro. Il setoncino di seta è pure mezzo adatto ma di effetto più tardivo e meno certo. La sola puntura è mezzo infido perchè espone alla riproduzione del tumore.

Non ho potuto raccogliere il liquido per esaminarlo.

La sede anatomica e la forma del tumore e l'aspetto del contenuto concordano nell'indicare che si trattava di una espansione idropica della borsa mucosa del muscolo genioglosso (Fleischmann) più che di una cisti di ritenzione del condotto escretore della ghiandola salivare sotto-linguale o della ghiandola stessa.

Sopra un numero superiore a 3500 bambini da me esaminati solo in questo Istituto, è questo il primo caso di tale anomalia che ebbi occasione di osservare e di curare.

Dall'Istituto ostetrico di Parma, ottobre 1881.

IL QUINQUENNIO 1875-79

NELLA CLINICA OSTETRICA DI MILANO

Diretta dal Prof. Cav. **Domenico Chiara**

RENDICONTO CLINICO

del Dottor MANGIAGALLI LUIGI

Medico 1° Assistente

(Cont. v. N. 5, 6, 7, 8 e 9, pag. 285)

CAPITOLO VIII.

Placenta previa.

L'inserzione della placenta sull'orifizio interno, a ragione scrive Naegele, conta tra gli errori più funesti della natura. I medesimi atti vitali destinati ad aprire al feto l'accesso al mondo esteriore e che dànno alla donna la speranza di stringere bentosto al proprio seno il bambino che essa ha portato più o meno penosamente nel suo grembo, apportano più spesso la perdita della madre e del suo frutto, se l'arte non interviene in tempo opportuno per soccorrerli tutti e due. In queste parole di Naegele è dipinta a vivi colori la gravità dell' accidente, ma traspare evidentemente la somma fiducia nell'intervento opportuno dell'arte. E noi pure l'abbiamo questa fede nell' arte nostra, poichè i fatti ce ne convincono, ma riconosciamo nello stesso tempo come forse, più che ogni mezzo dell' arte, valgano le energiche spontanee contrazioni dell'utero ad aver ragione del temuto accidente, come molte volte i mezzi tutti proposti non riescano se non a patto di avere per alleato quel potente ausiliare della natura, e quindi ne è un pochino attenuata l' espressione rettorica di Naegele.

L'epiteto stesso di inevitabile che Rigby dava alle emorragie dovute alla inserzione viziosa della placenta può offrire il fianco alle obbiezioni, e la critica fina e acuta di Duncan, abbracciando in un concetto più filosofico le emorragie nella gravidanza, ci indurrebbe a spogliare anche quella qui in argomento del suo carattere di fatalità, nel senso che il suo manifestarsi, per quanto costante, sia pure accidentale, ma estremamente favorito da circostanze speciali tra cui potentissima l'aumento della pressione sanguigna quando la placenta è inserita nel segmento inferiore anzichè nella sua sede normale. Il fatto stesso dell'insorgenza dell'emorragia senza fenomeni premonitorii può farci inchinevoli ad ammettere quelle varietà d'emorragia studiate dal Duncan in cui non è punto necessario ammettere un distacco parziale della placenta. Tutti sono per altro concordi nell'ammettere che, nella maggioranza dei casi, l'emorragia venga chiamata sulla scena dal parziale distacco della placenta dal segmento inferiore dell'utero.

Non è qui il luogo di discutere se le modificazioni che il segmento inferiore subisce negli ultimi tempi della gravidanza sia la causa del distacco placentare, oppure sia vera la teoria reciproca del Barnes: se lo produca la retrazione dell'utero in una direzione longitudinale, all'atto della contrazione, ovvero se lo provochi l'espansione in senso trasversale, ossia perpendicolare all'asse uterino, della superficie placentare (Duncan). Se il problema della partecipazione o meno del canale cervicale alla formazione del segmento inferiore fosse risolto secondo le idee di Bandl, ciò potrebbe fornire argomenti in favore all'antica teoria: *sed lis adhuc sub judice est.* Tanto la retrazione longitudinale, quanto l'espansione in senso trasversale, avrebbero per risultato comune l'incompatibilità tra la superficie di inserzione e l'organo che vi si inserisce, e quindi il distacco della placenta, causa di emorragia. All'una ed all'altra teorica si potrebbe opporre la facilità con cui la placenta sa adattarsi alle variazioni della sua superficie d'inserzione. Nei casi di inserzione normale, quante volte non osserviamo noi essere ancora aderente la placenta malgrado la espulsione del feto e la conseguente inevitabile diminuzione della superficie di inserzione! E non vediamo noi lo stesso ed in modo più dimostrativo ancora in alcuni casi di idramnios e di gravidanza gemellare? Pei casi di placenta previa marginale trovo alquanto seducente la spiegazione

di Schroeder tanto più che metterebbe in piena luce l'importanza terapeutica della rottura delle membrane in simili casi. Per lui la causa essenziale del distacco sarebbe lo scorrere del segmento inferiore sulla superficie dell'uovo all'atto della contrazione ed a membrane integre. Tali idee espresse dal clinico berlinese in un lavoro relativamente recente (1877) meritano quivi una breve menzione. Perchè la borsa amniotica si formi è indispensabile che la parete uterina interna scorra per un tratto più o meno esteso sulle pareti dell'uovo, poichè, mentre questo attraverso il collo si tende e si spinge in basso, il segmento uterino inferiore si retrae in alto. Questa separazione tra pareti uterine e uovo non si fa sempre in corrispondenza ed a spese della decidua, ma talvolta invece la si verifica tra corion ed amnios perchè le aderenze tra corion e decidua sono incomparabilmente più tenaci che non quelle tra corion ed amnios. Talvolta avviene infatti che il corion si laceri e cogli strati deciduali resti in alto, mentre la borsa è formata esclusivamente dall'amnios e se allora la borsa tarda a rompersi, l'amnios scivola per così dire sulla interna superficie del corion separandosene in una estensione più o meno grande, molte volte sino alla inserzione del funicolo. Sopra 175 placente esaminate da tale punto di vista il corion e l'amnios erano

completamente separati	46	volte	(26.2 %)
parzialmente separati	33	»	(19 %)
adesi	96	»	(55 %)

Applichiamo questi fatti allo studio della genesi del distacco della placenta nei casi di inserzione marginale. Se questo scorrimento del segmento inferiore sull'uovo, se questa separazione delle pareti uterine dall'uovo avviene, come nella maggioranza dei casi, negli strati della decidua, la placenta dovrà necessariamente staccarsi; per evitare ciò converrebbe che l'amnios potesse scorrere sulla superficie interna del corion in modo da permettere al segmento inferiore di portarsi in alto unitamente alla placenta: ma anche a corion lacerato tale scorrimento dell'amnios, sarebbe, nei casi di placenta previa, limitato dalla vicinanza della inserzione funicolare. Ne segue quindi che in questi casi, a membrane integre, il segmento uterino inferiore onde portarsi in alto rende necessario il distacco della placenta. Infatti mentre la bocca uterina si retrae, si avverte col dito esploratore un

lembo più grande di placenta, non perchè questa discenda più profondamente ma perchè la bocca uterina si porta più in alto. Colla rottura invece delle membrane il segmento uterino inferiore può spostarsi in alto unitamente alla placenta e quindi cessa la causa della separazione tra utero e placenta.

Comunque sia di queste teoriche, nelle effemeridi mediche qualche caso può riscontrarsi in cui l'emorragia fu minima, fors'anco mancante.

Da questo punto di vista è interessante la seguente osservazione, in cui sembra sia mancata ogni emorragia e che io riporto tale e quale dal registro clinico.

Osservazione I. — N. 13 - Anno 1875. — Vpara, d'anni 32, contadina, gracile, d'abito linfatico, entra nell' Ospizio il 22 gennaio. Le 4 gravidanze antecedenti decorsero normali con parti spontanei. Ebbe l'ultima menstruazione l'otto maggio. Il travaglio s'inizia nella notte dal 18 al 19 febbraio: già da qualche tempo non avvertiva più i movimenti attivi del feto. Ascoltazione negativa. Esplorata alle ore 9 ½ antimeridiane del 19 si trovò una dilatazione di 5 ctm.; attraverso alla borsa amniotica non venne dato di sentire una parte presentata: verso sinistra invece si sentivano dei cotiledoni placentari staccati. Il travaglio progredì lentamente: alle 2 pom. la dilatazione era completa. Rotta artificialmente la borsa, si fece procidente il cordone mentre a destra ed in avanti si distingueva una mano ed a sinistra non altro che tessuto placentare. Introdotta l'intiera mano si avvertirono le natiche in posizione sinistra anteriore ed abbassato il piede sinistro si fece l'estrazione del feto e subito dopo quella della placenta. Durante l'atto operativo era stato amministrato un gramma di segale cornuta.

Il feto di sesso maschile, macerato, pesava 2100 grammi.

La placenta presentava nella sua parte staccata una vasta e densa placca fibrinosa, testimone di un antico stravaso sanguigno in grembo alla placenta. — Il puerperio fu afebbrile.

E questa stessa osservazione ci porta in un altro campo di considerazioni importanti, ci porta cioè ad esaminare se e come e quanto la morte del feto avvenuta da tempo abbia influito sulla assenza della emorragia, poichè se la placca fibrinosa testimoniava una emorragia in grembo alla placenta, non dimostrava punto che ci fosse stata emorragia esterna negata dalla paziente e mai verificatasi nel mese di sua degenza in clinica. Nella cartella clinica

non sono descritte le alterazioni anatomiche del feto macerato e ciò sarebbe stato importante poichè è noto come dall'esistenza o meno della infiltrazione siero-sanguigna cadaverica dei diversi organi e specialmente dei componenti l'apparato visivo sia lecito indurre approssimativamente l'epoca della macerazione. Ma l'espulsione del feto avvenne alla fine del nono mese, il feto pesava 2100 grm., per cui tenendo calcolo della diminuzione del suo peso dopo la morte, non si andrà molto lungi dal vero coll'affermare che la sua morte potesse datare da una quindicina di giorni od anche più. Ora la morte del feto può avere una favorevole influenza nei casi di placenta previa? Moreau, Jacquemier, Cazeaux seguiti da Simpson adottano tale spiegazione nei casi in cui non si osservò punto emorragia. Duncan la combatte e noi udiamone le ragioni: in primo luogo egli non crede ad una potenza attrattiva od aspiratrice del feto vivente sui vasi materni della placenta: in secondo luogo cita fatti in cui la morte del feto non ebbe nessuna influenza sulla emorragia: in terzo luogo finalmente egli ammette che la circolazione debba continuare nella parte materna della placenta lungo tempo dopo la morte del feto *ed anche quando il feto è macerato.* Neppure noi non crediamo ad una potenza aspiratrice del feto vivente sui vasi materni della placenta finchè il feto è nell'utero, nel senso letterale della espressione; ma nello stesso tempo ci pare un concetto che per nulla ripugni alla fisiologia l'ammettere che il sangue affluisca in quantità maggiore là dove una funzione fisiologica deve esercitarsi, e mi parrebbe superfluo il citarne esempi. La gravidanza stessa ce ne offre uno evidentissimo: ma colla morte del feto cessa la funzionalità del nuovo organismo intermediario tra esso e la madre e col diminuire la funzionalità di un organo deve anche diminuire l'affluenza del sangue. Ciò serve anche di base ad una teorica dell'albuminuria gravidica nel senso che anche i reni partecipino a quell' afflusso sanguigno straordinario agli organi genitali. Comunque si interpreti il fatto, sta, e noi pure l'osservammo in questa clinica, che qualche volta l'albuminuria cessa colla morte del feto. Ma, rientrando in argomento, col diminuire della funzionalità placentare debbono andare concomitanti corrispondenti alterazioni anatomiche del tessuto placentare, e per noi è fatto comune di osservazione nei parti di feti macerati il vedere placente convertite quasi totalmente in masse d'aspetto grigiastro, degenerate adiposamente come ne convince l'esame macroscopico e

microscopico: molti seni utero-placentari si trombizzano, la placenta si fa meno vascolare, le sue connessioni meno salde. Su questa base fisiologica si fonda la convinzione sperimentale di questa scuola, abbondare i puerperii fisiologici nei casi di parti di feti macerati (non putrefatti). Tale convinzione l'espresse il Prof. Chiara in una nota alla traduzione del trattato di Cazeaux. Ora in tutti questi fatti e nel loro esame comparativo ci si svela la ragione fisiologica dell'influenza favorevole che la morte, almeno quella antica, del feto può avere nei casi di placenta previa. E noi non sapremmo metterla in dubbio.

Passando ora allo studio clinico generale dei casi occorsi diremo che nel quinquennio, oltre al caso già esposto, osservammo altri 9 casi di placenta previa, il che ci dà circa un caso sopra 150 parti, ma è noto come negli ospizii i casi difficili e gravi figurino sempre in una proporzione molto maggiore. Infatti, secondo Schwarz nell'Assia Elettorale sopra 519,328 parti si osservò l'inserzione viziosa della placenta 332 volte, ossia 1 volta sopra 1564 parti e nel Circolo Badese dell'Alto Reno sopra 52792 parti (Schwörer-Hegar-Spiegelberg) 62 volte, ossia 1 volta sopra 852 parti. Da tali cifre Spiegelberg trae la media di 1 sopra 1000 parti, essendochè nell'Assia Elettorale non vennero indicati se non i casi visti da medici. Restano sempre esclusi e sarebbe interessante il determinarne la frequenza, i casi di aborto in cui la placenta è inserita nel segmento inferiore, come ebbi opportunità di osservarne un caso nel Comparto Ginecologico ed ostetrico dell'Ospedale Maggiore di Milano.

Le nostre osservazioni si riferiscono tutte a pluripare eccetto che una, e più propriamente si ebbero 1 Ipara, 2 IIpare, 1 IVpara, 2 Vpare, 2 VIpare, 2 VIIIpare. Recidive, come osservarono Ingleby, Velpeau, Hecker, Spiegelberg, non se ne ebbero a constatare: così pure in esse non è compreso alcun caso di gravidanza gemellare. Otto volte si ebbe la presentazione del vertice, una volta quella dell'ovoide podalico, una volta quella del piano laterale.

Prima di procedere all'esame del trattamento messo in opera nei singoli casi, ne completerò l'esposizione, riportando la storia degli altri nove.

Osservazione II. — N. 230 - Anno 1875. — IIpara, d'anni 36, di professione filatrice, a pelvi normale. Inserzione marginale della placenta a sinistra. Emorragia gravissima. Presentazione di vertice in

O. I. S. A. a dilatazione di 4 ctm. circa al momento dell'ingresso: feto premorto. Craniotomia col craniotomo Blot, tiratesta Danavia, indi cranioclaste di Barnes; morte in 9ª giornata. (V. Embriotomia).

Osservazione III. — N. 55 - Anno 1876. — VIIIpara, d'anni 40, di professione contadina, in travaglio, entra nell'Ospizio il 29 febbraio. Le sette gravidanze antecedenti decorsero regolarmente a termine con parti spontanei, seguiti da puerperii fisiologici. Ebbe l'ultima menstruazione il 25 maggio. Il giorno 23 febbraio alle ore 4 ant. si svegliò e trovossi imbrattata di sangue: qualche dolore alle reni accompagnava l'emorragia che, a quanto dice la donna, fu abbondante e durò circa mezz'ora: stette a letto per quel giorno e per 4 giorni susseguenti non fu presa da emorragia. Il di 27 alle 5 ant., mentre trovavasi ancora a letto fu nuovamente presa da emorragia che durava per poco tempo, accompagnata pure da dolori alle reni e perdette, secondo l'espressione della donna, circa ½ litro di sangue. Anche il 28 si ripetè l'emorragia per mezz'ora, quindi tutto rientrò nella calma. Alla mattina del 29 nuova emorragia per cui si decideva a riparare nell'Ospizio, ove entrava alle 2 pom. di detto giorno.

S. P. Donna molto abbattuta, utero voluminoso, circonferenza addominale 98 ctm.: distanza del fondo uterino a partire dal pube ctm. 34. Battito cardiaco fetale nel quadrante inferiore di sinistra in avanti verso la linea mediana. Segmento inferiore spesso: collo persistente, rammollito, dilatato a circa 3 ctm. Placenta inserita marginalmente a destra. Presentazione di vertice in O. I. D. P. Si passa tosto alla rottura delle membrane: scolo copioso di liquido amniotico, la testa è spinta contro il segmento inferiore e la perdita cessa.

Alle 7 pom. condizioni locali identiche, lieve ripresa dell'emorragia, per cui si stacca il più estesamente possibile la zona di placenta inserita cervicalmente e si amministrano 40 goccie di acido fosforico nel periodo di 5 ore, per rianimare le contrazioni uterine che si erano fatte rare e deboli: continuano tali fino alle 2 ant. del 1° marzo, alla qual ora si fanno un po' più frequenti, ma non molto energiche: alle 5 ant. la dilatazione dell'orificio è di circa 5 ctm., il collo è quasi scomparso, il cuore fetale aveva cessato di battere: alle 5 ½ ant. dopo 5 contrazioni energiche la donna si sgravava di un feto morto del peso di grammi 3680, lungo 54 (28·26).

Puerperio morboso per endometrite: la donna viene dimessa guarita in 12ª giornata di puerperio.

Osservazione IV. — N. 180 - Anno 1876. — Pluripara, spalla sinistra D. P inserzione marginale della placenta; a domicilio tentativi infruttuosi di versione, decollazione, puerperio regolare (v. Capitolo IV, Paragrafo 4º. Osservazione 5ª).

Osservazione V. — N. 187 - Anno 1876. — VIpara, d'anni 28, filatrice, di costituzione un po' deteriorata, entra nell' Ospizio il 5 luglio. Pelvi normale. Le cinque gravidanze antecedenti, di cui una gemellare, decorsero regolarmente a termine con parti spontanei. L' attuale gravidanza è giunta a termine. Il giorno 4 alle ore 5 ant. la donna al suo svegliarsi si era trovata bagnata di sangue. Non dolori uterini. La perdita durò per circa 1/4 d'ora e fu abbondante: indi tutto rientra nella calma sino all' indomani, nel quale giorno, alla medesima ora ed in quantità pressochè eguale si ripete l' emorragia, per cui la donna si fa trasportare all'Ospizio ove arriva alle 11 ant.

S. P. Condizioni generali soddisfacenti, utero sviluppato come in una gravidanza a termine: presentazione di vertice in O. I. S. A. Collo dilatabile a 3 ctm. circa: placenta inserita marginalmente a destra ed anteriormente, stillicidio sanguigno scarso. Le contrazioni continuano tutta la giornata, senzachè si aggravi l' emorragia: alle 9 pom. a dilatazione di 5 ctm. rottura spontanea delle membrane: alle 11 1/4 parto spontaneo di bambina viva del peso di grammi 3450.

Secondamento mediante la spremitura. Annessi del peso di grm. 750.

Puerperio fisiologico.

Osservazione VI. — N. 32 - Anno 1877. — VIIIpara, d'anni 33, contadina, in travaglio, entra nell'Ospizio il 31 gennaio. I parti antecedenti furono tutti normali. La donna racconta che da otto giorni perde sangue, per lo più quando è alzata e durante qualche dolore: sporcava in media 3 panni al giorno. Da tre giorni le contrazioni si sono fatte più frequenti e l' emorragia più forte. Entrò nell' Ospizio alle 5 pom. Stato generale abbastanza buono: organi genitali esterni imbrattati di sangue, qualche coagulo in vagina, orificio uterino dilatato a circa 5 ctm., membrane integre, placenta inserita marginalmente e staccata in detta zona: testa al distretto superiore mobile: rottura delle membrane e mistura ostetrica: parto spontaneo alle 9,50 pom. di bambina asfittica, poi rianimata, del peso di grm. 3150. Annessi del peso di grm. 500. Morte della donna il 16 febbraio per setticoemia.

Osservazione VII. — N. 11 - Anno 1879. — VIpara, d'anni 30,

di professione sarta, d'abito regolare, di costituzione mediocre, entra nell'Ospizio l'otto gennaio in travaglio. Ebbe l'ultima menstruazione il 7 aprile. Non sofferse emorragia per tutta la durata della gravidanza fino al 25 dicembre. La sera di detto giorno la donna dice di aver avuto forte spavento. Cominciò allora a perdere sangue in discreta copia e l'emorragia continuò per circa 36 ore e poi si sospese. Il 1º gennaio senza causa alcuna insorse nuova metrorragia, senza dolori di sorta, che si protraeva in quantità inquietante per due giorni, lasciando la donna notevolmente anemica. Il giorno 7 gennaio alla sera si rinnova l'emorragia e, persistendo questa anche il giorno successivo, accorre a Santa Catterina ove venne accolta alla sera.

Esaminata la donna al suo ingresso, oltre all'anemia pronunciatissima si rileva: temperatura normale, utero molliccio, inerte; dai genitali cola sangue. Battito cardiaco fetale regolare, vagina ripiena di coaguli tolti i quali si sente il collo dilatato di circa 5 centim. ma dilatabile alquanto più. La placenta è inserita sul segmento inferiore in una gran parte del contorno dell'orificio interno, presentazione del vertice in O. I. D. P., membrane integre. Si scolla la placenta per una grande estensione e si rompono le membrane dando esito ad una quantità notevole di liquido amniotico. Ma l'emorragia continua, il polso della donna si fa sempre più piccolo, il pallore più pronunciato, il battito cardiaco fetale è disceso a 70-80 al minuto. Si procede alla versione podalica interna, estraendo un feto asfittico, che si riesce a rianimare, del peso di grammi 3400, lungo 51 (27-24).

La donna soccombe alla pioemia in 27ª giornata di puerperio e l'autopsia dimostra uno squisito esempio di flebite delle vene utero-ovariche.

Osservazione VIII. — N. 92 - Anno 1879. — IVpara, d'anni 25, operaia, in travaglio, entra nell'Ospizio il 21 aprile. Anemica, d'abito regolare, di statura media. Fr. Sp. 22,5. Cr. 24,5. C. E. 18,4. I parti antecedenti furono spontanei, non segnalati da alcun accidente. La prima emorragia comparve nella notte precedente al giorno di ricovero della donna e mentre dormiva e coll'utero in perfetto riposo. Giunge nell'Ospizio verso il tocco. Dieci minuti più tardi viene esaminata e si constata che la placenta aderisce a due buoni terzi della zona cervicale a sinistra: a destra si giunge sulle membrane. Si tenta il distacco con un dito che penetra un po' stentatamente e provoca spastica contrazione dell'orificio interno. Alla 1 ½ si ripete l'emorragia

assai copiosa e la donna viene presa da un primo deliquio. Introduzione della mano in vagina e poi coll'indice si distacca tutt'in giro la placenta e si rompono le membrane a destra; si sente il vertice in D. P. Ciò fatto s'immette nell'utero un grosso sacchetto di Barnes, si fa una fasciatura addominale compressiva e si propinano 2 grm. di segale in tre riprese. Vino Marsala allungato con acqua, posizione orizzontale colla testa bassa.

Ore 5 $^1/_2$ pom. dilatazione di circa 5 ctm. Estrazione del sacchetto Barnes ed uscita di 60 grm. di sangue raggrumato. La placenta fa da borsa e tende ad impegnarsi.

I dolori persistono ma meno frequenti e forti. Stato generale della donna buono. Nessun deliquio.

Ore 7 $^1/_2$ pom. L'emorragia si è rinnovata alle 6 ma non molto imponente, polso più frequente, non deliquio. Placenta più impegnata nel collo. Feto morto. Cervice permeabile alla mano. Distacco completo della placenta e sua estrazione. Amministrazione di 50 centigr. di segale. Alle 9 parto spontaneo di feto ottimestre, morto, del peso di grammi 2020, lungo 45,5 (24,5-21).

Annessi del peso di grm. 400.

Puerberio morboso, guarigione.

Osservazione IX. — N. 105 - Anno 1879. — IIpara, d'anni 26, ricamatrice di veli, in travaglio, entra nell'Ospizio il 5 maggio. Sp. 23. Cr. 25. C. E. 19. Secondo quanto afferma la paziente l'emorragia si manifestò imponente e ad un tratto senza essere stata preceduta da prodromi di sorta nella notte del giorno 2. Il giorno 3 la perdita diminuì, sospendendosi il 4 e ripigliando piuttosto abbondante il 5, per cui venne dal medico inviata all'Ospizio. Ricoverata quivi alle 3 pom. si rilevò quanto segue: donna molto estenuata e stremata di forze, polso piuttosto frequente, piccolo; utero più sviluppato nel senso longitudinale, col fondo in corrispondenza della zona sopra ombellicale, presentazione del vertice, molto elevato, mobile con tendenza a scivolare sulla fossa iliaca di sinistra. Emorragia esterna modica. Collo scomparso, dilatazione di 6 ctm.: inserzione cervicale marginale della placenta posteriormente ed a destra, con un cotiledone scollato che pende attraverso il canale cervicale. Battito fetale irregolare nel quadrante inferiore di destra, un po' in alto. Si rompono le membrane, il vertice si impegna, l'emorragia cessa completamente ed il feto viene espulso dopo 15 minuti circa. Secondamento favorito dalla spremitura.

Feto morto, di sesso femminile, del peso di grm. 2970, lungo 51 (26-25).

Annessi del peso di grm. 550. Corion alquanto inspessito, sulla superficie uterina di esso grosso strato di decidua. Nel cotiledone placentare inserito direttamente sul collo piccoli focolai emorragici recenti della grandezza di grani di riso, uno antico della grandezza di una fava alla parte periferica di esso; anche all'estremo opposto della placenta sono disseminate alcune placche fibrinose per trasformazione di antichi focolai emorragici.

Puerperio morboso, guarigione.

Osservazione X. — N. 272 - Anno 1879. — Ipara, d'anni 18, lavorante in lana, a pelvi universalmente ristretta, entra nell'Ospizio l'11 novembre. Il travaglio s'iniziò alle 7 ant. del 7 dicembre, le prime contrazioni vennero accompagnate da lieve perdita sanguigna in quantità di circa 50 grammi, che si ripetè un'ora circa dopo in quantità di 200 grammi: alle 8 $^1/_2$ ant. collo scomparso, dilatazione di circa 2 ctm., membrane piuttosto resistenti, rugose. Presentazione di vertice: alle 8 $^3/_4$ rottura artificiale delle membrane e fasciatura addominale essendosi constatato un cotiledone placentare inserito sulla zona cervicale posteriormente ed a sinistra: rotte le membrane, dopo breve pausa le contrazioni uterine riprendono più energiche, fissano ed impegnano tosto al distretto superiore la testa che colla compressione esercitata rende poco probabile il pericolo che l'emorragia si rinnovi: ad ogni modo ad evitare accumulo di sangue nel cavo uterino si confida nella compressione esercitata dalla fasciatura e nelle frequenti stimolazioni meccaniche del fondo allo scopo di far contrarre efficacemente l'utero, di cui si sorveglia il volume: la perdita è stata sino a questo momento di circa 300 grm., le condizioni generali della donna sono buone e rialzato il polso sulle prime alquanto depresso: alle 9,15 a dilatazione di 4 ctm, battito fetale 148 regolare, si constata la posizione O. I. D. P.: l'emorragia non si è più riprodotta.

Ore 12,15 p. la dilatazione è ancora di 4 ctm., ma il segmento uterino inferiore è talmente assottigliato, che si prevede doversi fare la dilatazione completa e quasi ad un tratto alla minima lacerazione che si producesse.

Ore 1,30 p. la testa è al piano perineale, è compiuto il moto di rotazione interna, il battito fetale è perfettamente regolare, pochi minuti dopo compiesi l'espulsione spontanea del feto, seguita tosto da quella della placenta e da un grosso grumo di sangue del peso di

200 grammi. Il bambino, fatte poche e superficiali inspirazioni, non potè essere tratto, malgrado le più insistenti cure prodigate, dallo stato di asfissia in cui si trovava.

Peso grammi 2750, lunghezza 50 (25-25). La placenta ha una forma molto allungata, piuttosto ovale che circolare, ed il funicolo è inserito quasi al suo centro.

Puerperio morboso per endometrite, guarigione.

Una prima considerazione ci si affaccia alla mente e questa si è che nell'Ospizio e nella policlinica difficilmente ci si porge occasione di seguire un caso dal principio alla fine. Le donne ci vengono dopo che l'emorragia si è ripetuta due, tre volte e qualche volta ci arrivano da paesi lontani; ciò per altro ha il vantaggio di dimostrare come la natura non sia affatto disarmata contro tale accidente. E l'arme che essa oppone è l'energica azione uterina, poichè il distacco parziale della placenta non è che la conseguenza di quella se spontaneo, e, se artificiale, abbisogna di essa come di un necessario ausiliare. Ne vedremo in seguito le prove.

Nei nostri casi, prescindendo da quello pel primo illustrato, la natura non ebbe aiuto dall'arte nell'osservazione 5ª, mentre nella 6ª, nella 9ª, nella 10ª l'intervento dell'arte si limitò alla rottura delle membrane, sull'efficacia del qual mezzo in molti casi tutti sembrano essere in pieno accordo. In questi quattro casi la madre fu salva ed il bambino venne vivo alla luce due volte, risultati certamente buoni, ma è cosa notoria a tutti e su cui è inutile insistere essere in genere favorevole il decorso nei parti spontanei, non, intendiamoci bene, perchè l'arte non sia intervenuta ma perchè la spontaneità del parto implica, se ad essa va congiunta una certa rapidità, l'energia dell'azione uterina. In questi casi si è osservato il distacco spontaneo della placenta, ma farebbe una petizione di principio, chi a questa volesse attribuire la cessazione dell'emorragia. Il distacco è la causa della emorragia, ma rende poi possibile la sua cessazione per opera dei compensi naturali.

Col processo di Barnes si ha il vantaggio certamente reale di riunire per così dire in una sola tante emorragie successive: accoppiandosi per altro ordinariamente ad esso la rottura delle membrane, sarebbe interessante il poter determinare quale parte dell'azione benefica sia devoluta al distacco della zona cervicale,

quale parte alla rottura delle membrane. Se non andiamo errati l'osservazione 10ª pubblicata dal Dott. Chiarleoni (*Il distacco parziale della placenta nei casi di ectopia placentare. — Gazzetta degli Ospitali,* N. 3, 1881) costituisce un bell'esempio dimostrativo della efficacia del semplice distacco, mentre per converso la nostra osservazione 3ª ci porge un esempio di inefficacia della semplice rottura delle membrane alla quale si dovette far seguire il distacco della zona cervicale, quantunque per altro dopo di essa l'emorragia continuasse molto modica. Colle idee di Schroeder più sopra espresse, si spiegherebbe la causa per così dire anatomica dell'efficacia della rottura precoce delle membrane, ma certamente anche il risveglio dell'azione uterina deve avervi la sua parte.

Noi pure siamo partigiani del metodo di Barnes, e lo crediamo utile, opportuno in determinati casi, specialmente per l'accennato vantaggio, e gli vorremmo sempre associata la rottura delle membrane *nei casi di presentazione del vertice,* stimolando poscia acconciamente l'utero, perchè la contrazione uterina è l'elemento indispensabile del successo. Ma del processo di Barnes non siamo entusiasti ammiratori, nè tanto meno pensiamo che sia il trattamento proprio di ogni caso. Per mia parte confesso come io non mi acconci così di subito ad accettare il meccanismo dell'emorragia quale Barnes lo ha ideato, e troppo vaga mi paia quella affermazione che la placenta superi in certo qual modo di velocità nel suo sviluppo, lo sviluppo del segmento inferiore destinato a ricettarla e perciò se ne distacchi parzialmente, producendo l'emorragia. Nè mi piace in una teoria scientifica quel non so che di indeterminato, di teleologico, qualche volta di rettorico che essa presenta, e quella parte di instabile e quasi di errabonda che si affibbia alla placenta. E valgano invero le parole stesse di Barnes: « *Le premier decollement du placenta vient d'un excès de développement du placenta sur celui du col, qui n'est pas destiné a l'insertion placentaire et qui n'est pas fait pour vivre en paix avec la placenta. Les relations sont rompues, la placenta s'étend au delà et l'hemorragie se produit.* »

Ma qui non è il luogo di discutere teoriche ma i precetti pratici che se ne deducono. Prescindendo infatti dalla teoria di Barnes il fatto stesso di osservazione non costante ma frequente, che staccatasi la placenta in certa misura, l'emorragia viene a cessare, ragionevolmente c'invita a seguire tale procedimento; ma, lo ripeto, altra cosa è il distacco spontaneo per opera di una ener-

gica azione uterina, altra cosa è il distacco artificiale praticato dall'ostetrico. L'emorragia molte volte viene a cessare ma non sempre, di qui un primo rimprovero al processo di Barnes, che esso non sia di una efficacia costante. Che anche altri processi non l'abbiano questa efficacia costante non monta, tanto più che io sono ben lontano dal volere proscrivere questo, ma solo credo che non possa detronizzare tutti gli altri. Ma prima debbo portare le prove di questa sua non costante efficacia: le prove cliniche le desumo, come di ragione, dai casi osservati nel quinquennio e cito ad hoc le osservazioni 7ª ed 8ª. Ma ci si potrebbe obbiettare: questo distacco parziale, voi non l'avete fatto in modo completo, voi non avete raggiunto quel tal limite raccomandato da Barnes; noi potremmo rispondere che sì, ma noi non ci attendiamo a tale obbiezione d'indole personale Il fatto sta che in simili casi, introdotta la mano in vagina, e introdotte una o due dita nella cavità uterina si distacca *quel quanto che si può*, e questo quanto è variabile, secondo le variabili condizioni del collo in quel dato momento in cui si interviene. Del resto il Barnes stesso lo riconosce là dove scrive: « *quand on détache artificiellement la placenta, il peut, il doit y avoir des contractions insuffisantes, la perte continuera probablement. Il n'y a aucune vertu hémostatique dans le simple détachement du placenta.* » Dunque è ammessa una prima possibilità: rotte le membrane e staccata la placenta in una porzione più o meno estesa, la emorragia può ripresentarsi. Cosa ci resta in simili casi? Se la liberazione artificiale non è possibile, non ci rimarrebbe che il tamponamento a membrane rotte con tutti i suoi inconvenienti. Ma il distacco parziale della placenta è sempre possibile? No, esso esige determinate condizioni del collo, come del resto lo ammette implicitamente il Barnes e lo comprova uno dei fatti osservati dal Dott. Chiarleoni, uno dei più caldi partigiani del processo di Barnes. Nell'osservazione 5ª infatti riportata dal lavoro citato afferma di non aver potuto col dito penetrare tanto da fare il distacco della placenta. Ora è in questo campo che io trovo abbia il tampone vaginale una precisa indicazione: la donna ha avuto una emorragia più o meno imponente, una spada di Damocle è sospesa sul suo capo, da un istante all'altro l'emorragia può ripetersi formidabile, letale, le condizioni del collo non si prestano ad un efficace distacco della placenta, ebbene in questo caso facciamo, io dico, il tamponamento. Questo, a membrane in-

tegre e ben fatto, se anche non ci darà la guarentigia assoluta che l'emorragia non potrà rinnovarsi, ci darà almeno la sicurezza che questa non potrà essere talmente grave da compromettere la vita, e intanto sarà valido eccitatore delle contrazioni uterine, e niente ripugna a credere che, staccatasi per opera di queste una porzione sufficiente di placenta, la superficie uterina denudata, e nella contrazione uterina e nella pressione subita tra tampone e parte presentata trovi valide ed efficaci condizioni emostatiche. L'osservazione di parecchi casi in condizioni simili del canale cervicale, me ne ha fatto convinto difensore.

Che se nei casi qui riportati non si vede fatto cenno di tamponamento egli è che difficilmente esso può trovare l'indicazione vera nelle donne che ci vengono portate all'Ospizio. Ma che la Scuola non lo proscriva ne sono prova le lezioni che il Prof. Chiara dettava nel corrente anno a numeroso uditorio di medici, enumerando i vantaggi del tampone in *certi determinati casi.*

Ma le condizioni favorevoli per il distacco alla Barnes esistono, ed esso fu praticato e pure l'emorragia continua. Ed allora *quid agendum?* Diamo la parola ai fatti. Fra le osservazioni, in cui non riuscì efficace il metodo di Barnes abbiamo già accennato la ottava: in essa si fece il distacco totale alla Simpson. E questo metodo invero, per quanto sieno in genere giuste le obbiezioni e le critiche che le si fanno, in qualche raro caso può trovare la sua indicazione. Questa indicazione è basata sul fatto che mentre può riuscire la introduzione della mano allo scopo di staccare completamente la placenta, non per questo è necessario che sia parimenti facile od *opportuna* la versione: i pericoli infatti di questa non provengono solo dalla introduzione della mano ma anche dalla evoluzione fetale, nonchè dall'eventuale rapido svuotamento dell'utero in certi casi. Chè se la versione si prevede facile con manovre interne o meglio se è fattibile con manovre combinate interne od esterne, e se il feto è vivo, riuscito inefficace il distacco alla Barnes, essa dovrà certamente essere il procedimento di elezione in confronto con quello di Simpson, e ad essa ci appigliammo infatti nella osservazione 7ª. E qui voglio aggiungere come per il distacco completo della placenta non sia poi necessario introdurre tutta la mano, ma possa bastare l'introduzione di quella porzione di mano che sta al di là di una linea tesa tra la commettitura del pollice e dell'indice e la porzione più prominente e più elevata

dell'eminenza ipotenar, il che permette, obbliquando opportunamente la mano, di utilizzare nna linea ohe va da questo punto ultimamente indicato fino all'apice del medio, linea lunga sufficiente per lo scopo che ci proponiamo. E ciò, quando il feto sia morto, quando l'emorragia persista al distacco parziale, e quando non sia possibile la versione con manovre combinate interne ed esterne, e quella con manovre interne sia pericolosa, può presentare certo non lievi vantaggi.

Non mi resta che a parlare della versione come procedimento generale e da attuarsi in un periodo precoce. Tale procedimento olim in voga, quindi sfatato colla enumerazione dei pericoli che accompagnano l' *accouchement forcé*, sembra ora andare acquistando mano mano nuovi proseliti. Il fatto è che *nel più dei casi* di forzato non c'è che la parola.

Ogni ostetrico può essersi convinto della facilità della versione in certi casi di placenta previa, in cui a tutta prima pareva che il grado di dilatazione vi si opponesse. Una delle nostre osservazioni ne porge un esempio ed un altro ne trovo nella osservazione 4ª (l. c.) pubblicata dal Dott. Chiarleoni, il quale all'atto di accingersi al distacco parziale, praticò poi la versione felicemente. Uno dei più caldi partigiani della versione precoce è lo Spiegelberg. Nella edizione del suo trattato in corso di pubblicazione (*Dritte Lieferung*, 1881) egli scrive: « non si spaventi « l'ostetrico al nome di parto forzato, perchè invece nel più dei « casi, all'atto del tentare, si prova, come esso non lo sia punto, ed « un tentativo di dilatare colla mano la bocca uterina fino a 5 $^1/_2$ « o 6 $^1/_2$ ctm. (di più non è necessario nella grán maggioranza « dei casi — Duncan), ha sovente un risultato affatto inaspettato, « e tosto ci appare come possibile. » Lo Spiegelberg non rifugge neppure dal praticare in alcuni casi qualche incisione nell'orificio esterno. Già tanto non si raggiunge l'area d'inserzione placentare, ed io credo che molti errori e molte paure sieno originate dal fatto che da molti in alcuni punti dei loro scritti, sembra credersi che sia la cavità cervicale istessa la sede d'inserzione della placenta. Barnes stesso per confessione di Duncan è intinto di questa pece. E quali sono i risultati così ottenuti? Cito cifre riportate da Spiegelberg: Hoffmann sopra 33 donne ne perdette 2, ossia il 6 per %; Hecker sopra 40 ne perdette 3, il 7,5 per % e Spiegelberg 6 sopra 102 = 5,9 per %; e di queste sei due vennero portate in Clinica già altamente anemiche e prossime alla

morte. Il numero stesso dei casi, come si vede, può dare materia a riflettere. Nei casi in cui il collo non è dilatabile lo Spiegelberg si attiene ancora al tamponamento. Quanto alla Scuola e dalle osservazioni accennate e dalle considerazioni con cui le abbiamo fatte seguire si scorge come essa non rifugga in modo determinato da alcun processo, ma si attenga ad un saggio eccletismo. Nessuna donna soccombette all'anemia acuta, tre invece alla setticoemia, ma i diversi processi operativi nel campo della placenta previa si devono studiare specialmente in rapporto con quella non con questa, potendo essere questa affatto accidentale ed in nessun rapporto col metodo adottato, quella invece in un rapporto intimo ed essenziale col processo seguito. Dei bambini soltanto tre si ebbero vivi.

(*Continua*).

RASSEGNA

CONGRESSO MEDICO INTERNAZIONALE DI LONDRA

Sezione VI. — OSTETRICIA E GINECOLOGIA (1).

Perfezionamenti nella costruzione ed applicazione del forcipe — Prof. Tarnier di Parigi.

Il Prof. Tarnier ricorda come il suo forcipe sia basato su quattro principii, cioè: 1° tirare direttamente secondo l'asse del bacino; 2° applicare la forza quanto è possibile verso il centro della testa; 3° lasciare tutta la libertà di flessione, estensione e rotazione alla testa afferrata dal forcipe; 4° avere un indice indicatore dei movimenti fatti dalla testa fetale, indice che alla sua volta serve di guida all'operatore nella direzione delle tirate.

Nei suoi primi modelli il Tarnier avea conservato alle branche di presa anche la curvatura perineale collo scopo di salvare il perineo da ogni lesione, potendo nell'istesso tempo dirigere le tirate a seconda dell'asse del bacino. Ulteriori osservazioni lo convinsero che era meglio rinunciare alla curvatura perineale per le seguenti ragioni:

1° perchè il forcipe a curvatura ordinaria riesce di applicazione molto più facile di quello a curvatura perineale;

2° perchè volendo applicare il forcipe sempre ai lati della testa, nel caso di applicazioni oblique, la curvatura perineale del forcipe viene colla sua parte convessa ad urtare contro una delle branche ischio-pubiche, ed in conseguenza si ha deviazione verso il lato opposto del manico dello strumento: in conseguenza di ciò le tirate non vengono più fatte a seconda del piano mediano del corpo. Così ad es., in una posizione OISA,

(1) Vedi il discorso del Presidente Mac Clintok a pag. 569.

la parte convessa viene ad urtare contro la branca ischio-pubica sinistra ed il manico del forcipe si trova spostato verso la coscia destra.

Nota infine il vantaggio del suo forcipe nel caso di rotazione interna artificiale, dovendosi col forcipe ordinario in simili circostanze far descrivere un arco di cerchio ai manici del forcipe.

Il Prof. Lazarewitch (Kharkoff) espone alcune considerazioni sulle *curvature del forcipe*. Eccone le conclusioni: Il forcipe presenta tre curvature: una cefalica, una pelvica, una perineale. Quella cefalica è assolutamente necessaria e senza di essa non è possibile prendere ed estrarre la testa.

In conseguenza di questa curvatura le estremità superiori delle branche agendo dall'alto al basso sulla testa la fanno passare attraverso la filiera genitale.

Le parti laterali delle branche applicate sui lati del capo, dirigono il movimento; quanto più il capo è voluminoso tanto maggiore è la divaricazione dell'estremità delle branche e minore la pressione sulla testa dall'alto al basso; nel suo nuovo forcipe l'articolazione rende possibile la divaricazione mantenendo però il parallelismo delle branche.

Oltre al *potere espulsivo* nella azione del forcipe si nota anche un *potere laterale di compressione* sulla testa, prodotto e dalle pareti del canale genitale e dalle mani dell'operatore; quest'ultimo essendo nocivo può essere evitato. La curvatura pelvica si oppone all'azione favorevole del forcipe aumentando le forze contrarie e producendo lesioni alle parti molli. Meno la curvatura pelvica è sentita e minori sono i danni. Un forcipe senza curvatura pelvica risponde meglio alle esigenze meccaniche. La curvatura perineale esiste in pochi forcipi per la ragione che il perineo può essere retrospinto senza lesione per il fatto della sua elasticità. Le tirate sul forcipe saranno fatte colla forza muscolare e non con apparecchi speciali. Sarebbe necessario che le condizioni principali ed indispensabili per un buon forcipe fossero definite.

Le asserzioni fatte possono essere dimostrate col suo nuovo forcipe senza curvatura pelvica.

Cita tre casi dei più importanti.

A. S. Simpson di Edimburgo accetta il forcipe di Tarnier ed anzi modifica in questo senso quello del Dott. Y. Simpson munendolo della vite di pressione e delle branche di trazione. Così il forcipe di Simpson agisce basandosi sui principii sui quali è costrutto quello di Tarnier; la principale differenza sta nelle dimensioni essendo quello di Simpson molto più corto di quello di Tarnier.

Matthews Duncan riconosce perfetto il forcipe di Tarnier dal punto di vista teorico; solo l'esperienza potrà dire se lo sarà anche dal punto di vista pratico.

Nota però essere la vite a pressione una cosa cattiva come quella che porta sulla testa una pressione continua e violenta. Da questo punto di vista preferisce alla vite la mano dell' operatore, che istintivamente sa proporzionare la pressione alla tirata che fa.

Conclude col dire che l'*esperienza sola* e non la discussione sarà capace di dire se o meno il forcipe di Tarnier sia un istrumento praticamente buono.

Il Dott. Stephenson (Glasgow) nota che il forcipe Tarnier sviluppa forza maggiore che non l'antico forcipe; ma è necessario? non lo crede; soggiunge che col nuovo forcipe di Tarnier la testa è libera ne' suoi movimenti e l'operatore non può dirigerla.

Barnes accetta il forcipe di Tarnier: crede un regresso il ritornare con il Lazarewitch al forcipe retto; crede troppo corto quello modificato da A. R. Simpson; riguardo alla obbiezione di Duncan nei casi di bacini viziati, crede che se la craniotomia è necessaria, anche il forcipe Tarnier non riuscirà meglio di qualunque altro. Ritiene finalmente un vantaggio e ciò contro la opinione di Stephenson) che la cura nel dirigere le tirate sia lasciata alla natura e non all'ostetrico.

Atthill di Dublino rimprovera al forcipe in questione di essere complesso e quindi poco pratico, e di esercitare una forte compressione sul capo: riguardo alla compressione non è tanto per la energia quanto per la continua durata. Vide il forcipe di Tarnier lasciar presa là ove quello di Barnes riuscì.

Tarnier riassume la discussione dicendo che dalla discussione ne risulta essere il forcipe ordinario sufficientemente potente. Ciò è vero, ma è appunto la sua troppa potenza (agendo specie come leva) che nuoce ai tessuti molli e duri. Il suo invece richiede molto minor forza. Dal 1877 l'A. non impiega altro forcipe ed ebbe molte volte ad applicarlo in bacini viziati e sempre con ottimi risultati. Certo è però che i principi sui quali è basata la costruzione sono veri; l'attuazione pratica può variare, come si vede già nei forcipi di Simpson e di Lusch. All' obbiezione della mole si può facilmente rispondere riducendolo nelle dimensioni, ma non lo crede utile. Alla seria obbiezione d' essere più complicato dell' antico, dice che poco importa se migliori i risultati.

Termina col dire che ognuno può cercare di renderlo un istrumento veramente scientifico. Ringrazia l'Assemblea della favorevole accoglienza.

Delle contrazioni intermittenti dell' utero gravido quale mezzo di diagnosi — Dott. Braxton Hicks, Professore di ostetricia al Guy's Hospital.

Richiamando l'attenzione su altro lavoro pubblicato nel 1871 (London, *Obstet. Trans.*, XIII, pag. 216), dice che l'utero per tutta la durata della gravidanza si contrae ogni 5 - 20 minuti; le contrazioni possono essere avvertite dalla mano. Può essere quindi utile come mezzo diagnostico (e riporta dei casi pratici in appoggio): 1° ne' casi giudicati di gravidanza extra-uterina; 2° nei casi di idramnios ritenuti cisti dell' ovario e che erano stati punti; 3° ne' casi di gravidanza ove si suppone la presenza contemporanea di un tumore; 4° nell' idramnios con gravidanza gemellare.

Proposta di una nomenclatura uniforme in ostetricia — A. R. Simpson di Edimburgo.

Eccone lo schema:

1.° Diversi fattori del parto:
- *a)* potenza;
- *b)* filiera genitale;
- *c)* feto.

2.° Diametri:
- *a)* del bacino;
- *b)* della testa fetale.

3.° Rapporti tra il canale da percorrersi ed il corpo che deve essere espulso:
- *a)* Presentazione della testa
  - » del bacino
  - » del tronco.
- *b)* Posizione:
  - Sinistra { Occipito ant. / Mento post.
  - Destra { Sacro post. / Acromio ant.

4.° Moti:
- Flessione — Estensione
- Rotazione — Restituzione.

Si nominò una commissione internazionale incaricata di farne un rapporto nel Congresso del 1883. La commissione risultò così composta: Dr. Budin per la Francia, Halbertsma per l'Olanda, Hennig per la Germania, Hubert per il Belgio, King per l'America, Mangiagalli per l'Italia, Simpson per l'Inghilterra, Slavjansky per la Russia, e Stadtfeld per la Danimarca.

Sopra una particolare disposizione degli uovi nella gravidanza gemellare. — Dott. Budin di Parigi.

In due casi osservati l'A. riscontrò:

1.° Sembrava all'esterno che non esistesse con un sol uovo, ma si vedevano sulle membrane due placente distinte.

2.° All'interno esistevano due borse l'una inclusa nell'altra.

3.° Facendo opportuna preparazione si vedeva che i due uovi erano completamente separati. L'uno s'era probabilmente attaccato alla parete uterina allorquando l'altro avea raggiunto un certo grado di sviluppo.

Ooforectomia — Operazione di Battey — Castrazione delle donne. Dott. Roberto Battey.

Il carattere speciale di questo atto operativo sta nel fatto che non si levano dall'organismo visceri malati, ma che si sopprime una funzione fisiologica. Sebbene nel maggior numero de' casi gli estirpati ovaj sieno anche malati, tuttavia non è scopo dell'atto operativo la loro ablazione, sibbene di portare artificialmente un cambiamento nella economia dell'organismo.

In America tale atto operativo fu denominato *ovariotomia normale*, denominazione male scelta e subito abbandonata. Fu proposta la parola *castrazione,* ma non accettata, perchè l'atto operativo non corrisponde alla castrazione che vien praticata negli animali inferiori. *Ooforectomia* fu pure respinto perchè questo termine fu introdotto dal Peaslee come sinonimo di ovariotomia. È in questo senso che fu accettato in America: l'uso di tale parola non richiama alla mente che l'asportazione di un ovario e non la menopausa artificiale. Se la proposta di Simpson, la legatura della ovaia senza asportazione per indurre la menopausa si realizzasse, improprio sarebbe il termine di ooforectomia sebbene il carattere essenziale dell'atto operativo non fosse modificato. Marion Sims per appianare tutte le difficoltà propose di chiamarlo *operazione di Battey.* In Germania, sebbene non propriamente, l'atto operativo vien detto *castrazione delle donne.*

Storia. — Pare che il primo a pensarci sopra fosse il Blundell di Londra nel 1823, ma non lo considerò dal punto di vista pratico. Nel 1865 (ottobre) Battey concepì l'idea di indurre artificialmente la menopausa come cura di forme morbose in qualsiasi altro modo incurabili.

Il 27 luglio 1872 Hegar di Friburgo praticò tale atto operativo con insuccesso: il caso non fu pubblicato e l'atto operativo fu fatto la seconda volta 4 anni dopo. Al 1° agosto opera Lawson Tait a Birmingham con insuccesso, ed il caso non è reso pubblico. Al 17 agosto 1872 Battey opera a Roma (Georgia) con successo; pubblica il caso e difende nell'aprile 1873 l'atto operativo in seno alla Società Medica di Georgia. Nel marzo 1874 2ª operazione e nel giugno 3ª e sempre con successo. Il 18 dicembre 1872 Gilmore (Alabama) ebbe un successo. — C'è un campo determinato per l'atto operativo? Durante la guerra civile in America Mad. H. si sgravò del suo primo figlio; ne consegue una cangrena estesa al canal vulvo vaginale donde risulta occlusione dell'utero e della vagina. Impossibile una ricostituzione del canale; ne risultano dolori *intollerabili* ed *indescrivibili*.

Fu completamente guarita mediante l'estirpazione delle ovaie. In un caso analogo del Dott. Grange Simons la donna morì. Erano questi casi opportuni per tale atto operativo? Il negarlo sarebbe il dire preferibile, una agonia terribile conducente ad una morte miserabile, alla salute. Tuttavia l'operazione è principalmente indicata in certi casi.

Indicazioni. — Venne formulata la seguente legge: è indicata, allo scopo di indurre la menopausa, in tutte le malattie incurabili senza di ciò, e che sono passibili di guarigione mercè la soppressione della mestruazione.

Tre sono i quesiti da risolvere: Il caso è grave? Nessun mezzo eccettuata la menopausa non può arrecare la guarigione? Può guarire mercè la menopausa? Se le risposte sono affermative l'operazione è indicata.

1. *Operazione.* — In America sono usati due metodi: il vaginale e l'addominale. In Europa ebbe successo soltanto quest'ultimo. Stanno in favore del metodo vaginale: *a)* la minore mortalità; *b)* la possibilità di un perfetto drenaggio; *c)* la difficoltà all'introduzione dell'aria nel cavo peritoneale; *d)* la massa intestinale non è soggetta a maneggi. — È inconveniente di questa via: il fatto frequentemente avvertito di aderenze degli ovai e conseguentemente la difficoltà che s'incontra alla completa estirpazione.

I risultati però sono ancor tanto favorevoli che si deve seguire questa via nei casi in cui l'accesso agli ovaj è facile, ed ove si presume che questi non abbiano contratte aderenze.

2. *Trattamento del peduncolo.* — È quasi universalmente fatta la legatura con seta (fenicata o no). Battey però in 13 casi divise il peduncolo semplicemente collo schiacciatore e mai si produsse rilevante emorragia.

Risultati immediati.

1. *Mortalità.* — Dallo spoglio de' casi si trae una mortalità del 22 % per l'operazione completa, del 9 ½ % per la incompleta.

2. *Menopausa.* — In qualche caso (raro) le mestruazioni ricomparvero regolari e normali. In nessuno di questi casi si potè provare la esistenza di un terzo ovajo, o la presenza di resti di stroma ovarico.

Nei casi di Battey ogni volta che un frammento di ovaja era stato lasciato in sito la mestruazione ricomparve ed in un caso s'ebbe eziandio gravidanza.

Risultati lontani.

1. *Afrodisia.* — In nessuna operata si notò perdita dei piaceri sessuali, in molte si ebbe la affermazione contraria.

2. *Forme femminee.* — Non si notarono modificazioni svantaggiose.

3. *Salute generale.* — Eccone i risultati:

	Numero	*p.* %
Guarite	68	75
Migliorate considerevol. .	15	17
Senza guadagno	7	8

Per le operazioni incomplete:

	Numero	*p.* %
Guarigioni	3	18
Consid. migliorate . . .	7	41
Nessun guadagno . . .	7	41

In qualche caso il guadagno s' ebbe più tardi (anche dopo un anno) e si notò eziandio una completa guarigione.

Il Dott. Thomas Savage di Birmingham, appoggia le conclusioni di Battey e riporta trenta casi di felici operazioni praticate negli ultimi due anni.

Parlano in favore Marcy di Boston, Heywood Smith e Priestley di Londra. — Granville-Bantok di Londra cita due casi con successo. — Lawson-Tait di Birmingham espone una sua statistica di 70 casi con 6 morti, qualche miglioramento e molte guarigioni complete.

Knowsley Thornton di Londra richiama l'attenzione sopra la frequenza con cui l'atto operativo non vien terminato (8 %) e conclude col dire che prima di proclamare la bontà di tale atto operativo bisogna tener esatto conto delle morti e dei risultati lontani.

Spencer Wells sebbene non sia contrario, pure mai trovò la indicazione per praticarla.

Martin di Berlino la eseguì 4 volte per fibromi.

Goodel di Filadelfia praticò sempre tale atto per la via vaginale, ma dice che nell'avvenire opererà per la via addominale.

Duncan non accetta l'operazione. Mai s'imbattè nella sua lunga pratica in qualche caso che necessitasse tale intervento. Nota che in 25 casi in cui fu praticata per fibroma s'ebbe 5 insuccessi, mortalità che non si ha con qualsiasi altro mezzo di cura.

Battey prende per ultimo la parola, crede esagerati i timori di Duncan ma è d'accordo con lui che tale atto operativo non venga praticato alla leggera ma solamente in casi eccezionali.

Della causa eccitante gli accessi isterici ed istero-epilettici. — Dott. Graily-Hewit di Londra.

È scopo dell'A. il dimostrare la causa degli accessi consistere in uno spost. uterino sia per antiflessione che per retroflessione.

Gli accessi risulterebbero da una irritazione riflessa occasionata dalla compressione dei tessuti dell'utero in seguito agli alterati rapporti del corpo col collo.

Per questa ripiegatura si ha: compressione dei tessuti all'angolo di flessione e nelle vicinanze; ostacolo alla circolazione uterina e consecutivamente congestione permanente nel corpo dell'utero. Cita in appoggio 14 casi di gravi accessi isterici ed istero-epilettici; l'esame mostrò sempre una alterazione nella posizione dell'utero e la gravità del morbo era legata al maggior grado di flessione. La cura locale diede 13 risultati favorevoli sui 14 casi accennati. Nove volte avea a fare con una antiflessione, 5 con una retroflessione.

Della curabilità degli spostamenti dell'utero. — Dott. Mundé (New-York).

1.° Gli spostamenti dell'utero sono sempre curabili se di data recente, o quando avvenga nell'utero una profonda modificazione de' tessuti quale si osserva nella gravidanza e nel puerperio.

2.° I casi cronici (datanti da oltre un anno) sono raramente guaribili in modo permanente.

3.° Di tutte le cure la migliore e la più razionale è quella offerta dai pessari: la cura però è solo temporaria: raramente si ottengono con tal mezzo guarigioni radicali.

4.° I tamponi astringenti applicati con diligenza ogni giorno sono fra tutti i mezzi quelli che lasciano maggior speranza di successo.

5.° L'elettricità usata localmente può essere utilmente impiegata.

6.° Qualunque sia il metodo si deve perseverare per mesi ed anni nella cura prima di raggiungere lo scopo.

Della influenza delle malattie uterine nella produzione di diversi disordini simpatici nel generale e nei singoli organi. — Dott. Edis di Londra.

L'A. cita parecchi casi di forme nervose quali l'emicrania, nevralgie varie, la corea, l'asma, disordini nell'apparecchio oculare, l'afonia, lo spasmo della glottide, ecc., legate a forme uterine. Curate convenientemente queste, quelle scomparivano. Così crede l'A. che il vomito mattutino durante la gravidanza tenga spesso ad un certo grado di flessione o di infiammazione del collo o del corpo dell'utero, ecc.

Della cura meccanica di certi spostamenti e di certe malattie dell'utero. — Dott. Beverley Cole (California).

L'A. convalida la sua tesi con la presentazione di un nuovo pessario da usarsi anche ne' casi ove la sensibilità è massima, e per la cura delle malattie uterine, dopo aver fatte delle considerazioni sul termo-cauterio di Paquelin, presenta un nuovo cauterio a gaz molto perfezionato e sempre pronto.

Perfezionamento nella costruzione ed applicazione dell' apparecchio per il raddrizzamento delle deviazioni dell'utero. — Dott. Verrier, Parigi.

L'A. immaginò un assai complicato apparecchio destinato a raddrizzare qualsiasi spost. mediante una speciale posizione data alla donna, eccettuati però i casi in cui s'abbiano aderenze patologiche del viscere. Per la cura delle flessioni l'A. si mostra però ancora sostenitore dei raddrizzatori intrauterini.

Dell'estirpazione totale dell'utero col metodo di Freund.

La mia esperienza acquistata nei tre anni decorsi dall'epoca della mia prima pubblicazione sopra l'argomento, e le opere di altri autori sopra questa operazione hanno fermato la mia attenzione sui punti più important della questione.

La sola indicazione ne' casi di carcinoma invadente una gran parte dell'organo è la estirpazione totale. Questo ardito atto operativo fu ripetutamente tentato e per la via vaginale e per quella addominale, ma con sì sfavorevoli risultati, che per molti anni l'operazione fu abbandonata.

Dopo il mio primo successo e quelli dei Dottori Martini a Breslau, Kochs a Bonn, Olshausen ad Halle, Schröder a Berlino, Veit a Berlino, Spiegelberg a Breslau, Kuhn a S. Gallen, si credette con troppa confidenza che io avessi felicemente risolto il grande problema. Ma gli insuccessi posteriori e le non scongiurate riproduzioni susseguite a felici operazioni, destarono da tutte le parti lo scoraggiamento e la opposizione.

Maggior sicurezza è data dalla estirpazione totale per la via vaginale secondo il metodo di Czerny, Billroth, Schröder, Martin ecc. e per la via addominale seguendo i principi di Bardenheuer, Breisky, ecc.

Ho potuto convincermi con esperienze sul cadavere che è facile il portar l'utero al disopra della sinfisi del pube attraverso la ferita addominale, dopo che il collo dell'utero sia stato diviso dal fornice vaginale.

Io e Rydygier applicammo il metodo raccomandato da Breisky sul vivente.

La separazione del collo uterino dalla vagina io la praticai, senza anestesia, poco prima dell'atto operativo.

I risultati dell'estirpazione totale per la via vaginale sembrano favorevoli.

Sarebbe indicata l'operazione in quei casi di carcinoma o sarcoma nei quali possa sperarsi una guarigione completa.

Riguardo alla scelta della via ecco alcuni criteri. Se l'utero è voluminoso e la vagina ristretta si deve passare all'estirpazione attraverso l'addome; in condizioni opposte preferibile la via vaginale. Non si deve però dimenticare il fatto avvertito dal Kolaczeck, cioè che per la via addominale si ha il grande vantaggio di incidere sui tessuti sani. Io credo ancor necessarie le precauzioni contro l'emorragia e la chiusura del peritoneo nel metodo addominale; si oppose è vero che le emorragie non erano poi sì frequenti e che l'apertura del peritoneo piuttosto che dannosa dovea ritenersi utile.

Dopo ciò si legge una comunicazione del Prof. Corradi di Firenze nella quale propone un metodo misto. — Noi rimandiamo il lettore al lavoro del Dott. Andrea Ceccherelli *(Sperimentale*, 1881, *Sulla estirpazione dell'utero)* ove tale processo viene esposto.

Martin di Berlino praticò sei volte l'operazione di Freund e tutte le operate morirono. In altri 17 casi operò per la via vaginale; dice che la questione principale è quella della recidiva.

Czerni (di Heidelberg) praticò 7 volte l'estirpazione per la via vaginale con 4 successi ma sempre susseguiti da recidiva.

Hennig di Lipsia si dichiara favorevole.

Marion Sims non crede ai vantaggi dell'operazione di Freund.

Spencer Wells premettendo di non aver mai praticato tale atto operativo, se ne mostra poco partigiano.

Criterio di diagnosi della sede del tumore ovarico. — Slavjansky di Pietroburgo.

In 5 casi potè determinare (e fu la diagnosi confermata dall'ovariotomia) da qual parte sorgesse la cisti, valendosi del seguente segno: dal lato corrispondente all'ovajo malato si nota costantemente una diminuzione della sensibilità nel triangolo di Scarpa, mentre questa è normale ed aumentata in corrispondenza del lato sano.

Sulla cura della gravidanza extra-uterina. — Martin di Berlino.

Aperto l'addome, estratto il feto, colloca una legatura alla base della placenta e poi taglia quanto può del sacco. Attua il drenaggio vagino addominale e chiude la ferita addominale.

La chirurgia riparatrice del canale genitale. — Dott. A. Pallen di New-York.

L'accidente o la deformità può essere congenita od acquisita.

Fra le congenite trova un arresto di sviluppo, la permanenza di una forma transitoria, uno sviluppo esagerato, la mancanza di un'organo (vagina, utero, ecc.), alterati rapporti della vagina, retto, vescica, utero, ecc. possono tutte tali forme congenite accompagnarsi a dispareunia, dismenorrea, sterilità, od esser causa di distocia.

Espone i processi operativi che possono esser resi necessari alla cura di talune di queste viziose conformazioni.

Tra le acquisite la massima parte trova il momento causale nel parto. Espone i metodi operatori per la cura del cistocele, del rettocele, del prolasso uterino, delle lacerazioni al collo uterino, al perineo ecc.

Della lacerazione del collo uterino — Cause e cura. — Bennet di Londra.

Ricorda come negli ultimi anni sia stata introdotta nella ginecologia l'operazione di Emmet, e raccomandata in tutti i casi gravi e leggeri.

L'A. si trova in accordo col Pallen sulla grande frequenza di tali lacerazioni ma ammette che frequentemente siano dovute all'intervento manuale o strumentale. Nota come causa una infiammazione od induramento del collo che durante l'ultima parte della gravidanza s'era opposto ad un completo rammollimento.

Riguardo alla cura mai ricorse ad atto operativo alcuno. Ricorda come alcuni chirurghi spaccassero profondamente il collo uterino a scopo terapeutico di molte di quelle forme, per le quali invece ora si passa alla sutura.

Il Playfair altre volte nemico dell'operazione di Emmet, si mette ora tra i partigiani, avendo con questo mezzo trionfato di molte forme assolutamente ribelli ad ogni cura medica.

Goodell di Filadelfia vuole che l'operazione di Emmet sia sempre fatta, anche senza indicazione prossima, a scopo profilattico di molte forme morbose dell'utero.

Vengono poi depositati i manoscritti dei due lavori:

Dell'amputazione del collo uterino nella metrite cronica del Dottor Leblond.

Si dichiara favorevole all'amputazione a mezzo dell'ansa galvanica.

Studio critico sulla medicazione endo-uterina e particolarmente sull'uso del pennello uterino (grafidometro) del Dott. Menière.

Cura dell'emorragia post-partum. — R. Barnes.

L'A. fa una rapida rassegna delle condizioni predisponenti all' emorragia puerperale, e delle condizioni fisiologiche che si oppongono all'emorragia, e mostra la causa dell'emorragia nel disordine di queste condizioni. Considera come punto dl partenza la *emorragia puerperale fisiologica*, vale a dire quella quantità di sangue che l' utero espelle nel momento del distacco della placenta, e dopo; all'infuori di questa, qualsiasi perdita di sangue diventa una *emorragia extra-fisiologica* e deve essere curata dal medico.

Riconosce la potenza emostatica dell'utero nei fattori irritabilità, retrattilità e contrattilità. La retrattilità dipende dal sistema ganglionare, la contrattilità dal sistema spinale e dal centro cerebrale.

Espone i mezzi di cui si giova la natura nella cura di una emorragia: 1° contrazione regolare e continua dell'utero; 2° coagulazione del sangue nei vasi uterini; 3° diminuzione dell' impulso cardiaco talvolta fino alla sincope; 4° deviazione del flusso sanguigno dall' apparecchio genitale.

Per la scelta dei rimedi crede necessario dividere le emorragie in tre gradi; — 1° grado: la diastole si mantiene nella sua integrità ma è disordinata nell'azione; — 2° grado: si ha notevole scadimento nella diastole; — 3° grado: si trova sospesa la diastole.

Cura. — Nel primo grado si eccita la contrazione dell'utero con il freddo, con il caldo, con la segale, ecc. — Nel secondo grado si ricorre agli stessi mezzi ma con maggior riguardo. — Nel terzo grado i rimedi utili per i primi due qui diventano dannosi. In questo caso bisogna rivolgersi sopratutto alla retrattilità uterina che esiste ancor dopo la perdita della contrattilità. Non accetta la faradizzazione. Non potendo avere la contrazione uterina, l'A. cerca un equivalente nell'impicciolimento della superficie interna dell'utero che avviene per l'influenza degli stittici. Compara il jodio al ferro. Il primo spesso inganna il clinico e perciò l'A. si appoggia all'ultimo.

Studia le condizioni, la forma ed i danni che si congiungono all' impiego delle iniezioni ferriche, ed i mezzi per evitarli.

La conclusione è che le injezioni con preparati di ferro possono ancor rendere servigi là ove ogni altro mezzo non valse.

Della cura profilattica e terapeutica dell'emorragia post-partum. — Dott. Thomas More Madden (Dublino).

Nota che la maggior parte dei casi di emorragia post-partum si osserva in donne multipare. Sopra 89 casi osservati al Lying-in Hospital

ben 65 appartenevano a multipare. In tali casi qualora ci sia una ragione per prevedere una emorragia, si debbono rompere le membrane appena che si può, onde permettere all'utero di contrarsi graduatamente e fortemente, e si praticherà una injezione ipodermica di ergotina prima che la testa prema sul perineo. La potenza, come cura profilattica, dei ferruginosi astringenti amministrati negli ultimi mesi della gravidanza è indiscutibile.

L'emorragia dopo il secondamento legata a lacerazione del collo è cosa più comune, in conseguenza dell'abuso del forcipe lungo a curva pelvica troppo di frequente usato prima della dilatazione della bocca uterina.

Secondo la sua esperienza passando ai differenti metodi per l'arresto dell'emorragia, ritiene di azione incerta la injezione di acqua calda ed è solo utile nei casi di estrema depressione dei poteri vitali susseguente alla emorragia. Nè più si può far conto sulla injezione di acqua ghiacciata. La injezione di percloruro di ferro (soluzione) è troppo pericolosa per la possibilità di una metro-peritonite.

L'A. raccomanda la introduzione nell'utero di una spugna imbevuta di percloruro di ferro, e mantenuta colla mano fino a che una gagliarda contrazione scacci e mano e spugna ed arresti contemporaneamente la emorragia. Contemporaneamente insiste sulla pressione esterna fatta sul globo uterino.

Per la cura del collasso sussequo all'emorragia ritiene inutile la trasfusione come è attualmente praticata, e raccomanda invece le abbondanti injezioni ipodermiche di larghe dosi di etere solforico.

Segue animata discussione. Il Duncan ed il Beverley-Cole si dichiarano contrari all'impiego delle injezioni di percloruro e l'opinione prevalente fu espressa dal Presidente Mac-Clintock col dire: che sebbene tali injezioni non possano assolutamente esser dimenticate tuttavia il loro impiego dovea essere assai raro.

Del trisma e del tetano uterino durante il travaglio. — George Roper di Londra.

Definisce il tetano una malattia del corpo dell'utero producentesi alla fine di un parto prolungato. Il trisma una malattia del collo uterino osservata nei primi periodi del travaglio. Cita quattro casi.

1.° Ipara - parto alla fine dell'8° mese - placenta previa centrale - emorragia - rottura artificiale delle membrane e distacco della zona cervicale — trisma del collo - dilatatori cervicali con l'anestesia senza risultato – distacco ed estrazione della placenta – putrefazione del feto - versione podalica — morte della donna due ore dopo.

2.° IIpara - parto alla fine del 7° mese – rottura prematura delle membrane - placenta previa marginale - presentazione della faccia - procidenza del cordone — leggera emorragia — trisma del collo — insuccesso nella dilatazione del collo - decollazione - cefalotrissia - perimetrite – guarigione.

3.° Ipara - presentazione trasversale - placenta previa marginale – emorragia – trisma del collo - distacco della placenta – versione podalica - eviscerazione - lacerazione del collo al passaggio della testa - morte due ore dopo.

4.° IIpara - parto alla fine del 7° — emorragia grave – placenta previa centrale - presentazione trasversa - trisma del collo – versione podalica - morte prima della liberazione.

L'A. dai fatti dice che il trisma si produce principalmente nei parti prematuri quando il segmento inferiore ed il collo non sono completamente sviluppati; si associa generalmente ad una presentazione viziosa; crede che sia frequentemente associato alla placenta previa.

L'elettricità nella pratica de' parti. — Dott. Apostoli.

L'A parla:

1.° del manuale operatorio;

2.° dell'azione fisiologica e terapeutica della corrente faradica sull'utero;

3.° delle indicazioni durante la gravidanza;

4.° delle indicazioni nel parto: inerzia dell'utero – emorragia;

5.° indicazioni dopo l'espulsione del feto - accidenti nel secondamento - ritenzione della placenta - emorragia;

6.° nuove indicazioni nel puerpero: accelerazione nell'involuzione – accorciamento della convalescenza - utilità derivantene per la classe operaia - agente profilattico di alcune forme post. puerperali; ingorgo uterino, retroflessione, retroversione, emorragia.

7.° Superiorità della corrente faradica alla segale cornuta.

L'antisepsi nell'ostetricia. — Spiegelberg (Breslau).

I progressi nell'idea della genesi delle forme puerperali dovea condurre a quei cambiamenti che la medicazione antisettica portò nella chirurgia La teoria e la pratica di Lister, sufficientemente confermate dall'esperienza sono basate sull'opinione che l'infezione sia prodotta dai germi che dall'aria si depositano sopra una ferita recente. Di qui la necessità

di purificare l'aria dai germi, e se ciò non è possibile di neutralizzarne la loro azione impedendo il loro contatto colla ferita: applicando tali principii all'ostetricia:

Pulizia scrupolosa ed antisettica durante il tempo in cui la ferita è aperta (ciò comprende il travaglio) tanto da parte degli assistenti che da quello della partoriente. Siccome sarebbe impossibile l'impedire l'ingresso dell'aria nel canale genitale così si faranno frequenti irrigazioni antisettiche durante il parto. Dopo questo, riposo assoluto per favorire l'involuzione, si eviteranno le manipolazioni intravaginali ed intrauterine che non sieno indispensabili: in caso di necessità ricorrervi con le più strette precauzioni antisettiche.

Tutto ciò per l'antisepsi primitiva o profilattica.

Riguardo a quella secondaria o terapeutica, ossia ad infezione avvenuta, qui la utilità non è grande. Giova solo quando il processo di decomposizione non abbia oltrepassato la superficie degli organi ed il parenchima sia ancora illeso.

Allora non si può più colpire il male nella sua sede e non si distruggono più i germi già penetrati nei tessuti.

Winckel parla in modo favorevole per la applicazione del metodo antisettico in modo minuzioso, ed appoggia il suo dire a statistiche assai confortanti.

Eguale opinione esternano Reid e Fancourt Barnes, Tarnier, Maggioli ed altri.

La causa più frequente della eclampsia puerperale. — Halberstma di Utrecht.

Per l'A. l'eclampsia sarebbe dovuta ad un momento meccanico, cioè consecutiva all'albuminuria provocata dalla pressione esercitata dall'organo gestante sui reni, ureteri e vescica.

Confronto tra l'embriotomia e il taglio cesareo. — Eustache (Lille).

Il lavoro è basato da una parte:

1.° Sui risultati recenti dell'ovariotomia e di tutte le altre operazioni che domandano la laparotomia.

2.° Sulla prognosi più favorevole che si deve fare dal momento dell'applicazione della profilassi antisettica.

3.° Sui successi dell'operazione di Porro.

4.° Sui successi favorevoli del taglio cesareo classico tanto per la madre che per il feto ottenuti negli ultimi tempi.

D'altra parte: considerando che l'embriotomia sacrificando il feto, espone tuttavia la madre ad un pericolo almeno equivalente a quello che corre sottoponendosi al taglio cesareo, che l'embriotomia non è più applicabile in certe viziature pelviche (da 55 mill. in giù) conclude:

1.° Quando il feto è vivo all'inizio del travaglio e la stenosi è al disotto di 78 mill. (limite estremo del forcipe) si passerà prontamente al taglio cesareo non dimenticando le precauzioni antisettiche.

2.° Se il feto è morto e la [stenosi superiore a 50 millimetri si farà l'embriotomia, se inferiore la operazione cesarea è operazione di necessità.

Riassumendo, l'operazione cesarea sarà il metodo di scelta, l'embriotomia il metodo d'eccezione. NEGRI.

NOTIZIE

L'ovaro-isterectomia cesarea nella Maternità Milanese. — 7° caso: Operato dal Dr. Paolo Negri, medico 2° assistente, il giorno 9 ottobre a. c. in donna osteomalacica gravemente viziata — Feto estratto vivo ed ancora vivente un mese dopo. — La donna completamente guarita ha già abbandonato l'Ospizio.

8° caso: Ne fu operatore il Prof. Direttore Cav. Domenico Chiara. Il soggetto era una giovane rachitica con pelvi universalmente ed irregolarmente ristretta. — Il bambino fu estratto vivente. — La donna ha già abbandonato il letto, e quanto prima sarà licenziata dalla maternità.

Con queste due, la operazione del Porro fu praticata otto volte nella Maternità di Milano: 5 volte dal Prof. Chiara, 2 volte dal Dr. Luigi Mangiagalli 1° assistente, ed 1 volta dal Dr. Negri 2° assistente.

Si estrassero vivi otto bambini, guarirono 6 donne, ciò corrisponde al dire che la mortalità per la madre è del 25 per cento.

Un altro caso di ovaro-isterectomia cesarea. — Appartiene al Prof. G. Calderini di Parma. Operò nella clientela privata: il feto era premorto, la madre in gravi condizioni, e l'esito fu, come era prevedibile, infausto.

Una ovaro-isterectomia cesarea che non fu finora ancor notata dalla maggior parte del giornalismo medico, rimonta al decorso 1880. Fu eseguita in Messina dal Dr. Antonio Caminiti con esito favorevole tanto per la madre che per il feto.

Ovariotomia. — Leggiamo nello *Spallanzani:* Il mattino del 28 ottobre il chiarissimo Prof. Alessandro Cuzzi dell'Università di Modena eseguiva egregiamente una operazione di ovariotomia su di una signora di 41 anni, affetta da cisti ovarica, ed accolta quale pensionante nell'Istituto Ostetrico. L'atto operativo veniva compito nello spazio di circa un'ora,

coll' aiuto del ch. Prof. Chiara di Milano, e dei Dr. Luigi Nasi, Gaspare Nicola e Gaetano Bruni, presenti ancora il Prof. Adeodato Berti ed il Dr. Teobaldo Malagoli.

Ulteriori notizie ci permettono di annunciarne la perfetta guarigione.

Nomine. — Il Dr. Alessandro Cuzzi, attualmente Professore straordinario di ostetricia presso la R. Università di Modena, fu proposto, in seguito a concorso per titoli, a *Professore ordinario* nella R. Università di Catania.

Il Dr. Luigi Mangiagalli fu proposto, dalla Commissione nominata dal Ministero a decidere del pubblico concorso, a *Professore straordinario* presso la R. Università di Sassari.

Il Dr. Giuseppe Chiarleoni, già Medico 2° e 1° assistente presso la Maternità di Milano, attualmente ostetrico di S. Corona in Milano, fu nominato dal Ministero della Pubblica Istruzione, in seguito a concorso per esame, Professore Direttore della Scuola pareggiata di Ostetricia in Vercelli.

Il Dr. Libero Bergesio già Medico 1° assistente all'Istituto Ostetrico di Torino fu nominato libero docente di Ostetricia presso la Università di Torino.

Il Dr. Giovanni Inverardi, Medico 2° assistente all'Istituto Ostetrico di Torino fu nominato 1° assistente.

Il Dr. Gaspare Nicola, Medico assistente all' Istituto Ostetrico di Modena, passa all'Istituto Ostetrico di Torino in qualità di 2° assistente (in seguito a concorso per titoli).

Necrologia. — L'ostetricia ha fatto delle perdite assai gravi:

Il 10 agosto moriva **Otto Spiegelberg**, Professore di ostetricia e ginecologia in Breslau.

Il degno Presidente della sezione di ostetricia e ginecologia al Congresso internazionale di Londra **Mac-Clintoc** di Dublino cessava di vivere nell'età di 60 anni.

In Milano, dopo brevissima malattia, il 15 novembre spirava il dottor **Francesco Agudio**, che per molti anni occupò il posto di Medico assistente nella milanese Maternità.

Ne riparleremo nel prossimo numero.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume III. Novembre-Dicembre 1881 N. 11-12.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO

diretta dal Prof. Cav. **Domenico Chiara**

Due nuovi casi di taglio cesareo susseguito dalla amputazione utero-ovarica con esito felice per le madri e per i bambini (33° e 35° in Italia), narrati dal Dott. Paolo Negri, medico 2° assistente alla Scuola.

I.

Dallo spoglio de' periodici italiani e stranieri che si occuparono della operazione del Porro, e dalla lettura delle numerose monografie comparse sull'argomento, vennero a mia conoscenza i seguenti casi che, divisi a seconda che ebbero luogo in Italia o fuori ed a seconda di una delle indicazioni, espongo in ordine cronologico.

I. — *In Italia.*

1876	1. Porro, Pavia	—	madre	guarita,	feto	vivo
1877	2. Inzani, Parma	—	»	morta,	»	vivo
»	3. Previtali, Bergamo	—	»	morta,	»	morto
»	4. Chiara, Milano	—	»	morta,	»	vivo
1878	5. Franzolini, Udine	—	»	morta,	»	premorti
»	6. Chiara, Milano	—	»	morta,	»	vivo
»	7. Tibone, Torino	—	»	morta,	»	vivo
»	8. Perolio, Brescia	—	»	guarita,	»	vivo
»	9. Chiara, Milano	—	»	guarita,	»	vivo
»	10. Previtali, Bergamo	—	»	morta,	»	morto

1879	11. Tibone, Torino	—	madre	morta (1),	feto	vivo
»	12. Coggi, Cremona	—	»	morta,	»	vivo
»	13. Tibone, Torino	—	»	morta,	»	vivo
»	14. Peyretti, Torino	—	»	morta,	»	vivo
»	15. Previtali, Bergamo	—	»	morta,	»	morto
»	16. Berruti, Torino	—	»	guarita,	»	vivo
»	17. Mangiagalli, Milano	—	»	guarita,	»	vivo
»	18. Chiara, Milano	—	»	guarita,	»	vivo
1880	19. Previtali Bergamo	—	»	morta,	»	morto
»	20. Valtorta, Venezia	—	»	morta,	»	morto
»	21. Chiarleoni, Milano	—	»	morta,	»	vivo
»	22. Mangiagalli, Milano	—	»	guarita,	»	vivo
»	23. Cuzzi, Modena	—	»	morta,	»	vivo
»	24. Omboni, Cremona	—	»	morta,	»	vivo
»	25. Peruzzi, Lugo	—	»	guarita,	»	vivo
»	26. Ramello, Torino	—	»	guarita,	»	morto
»	27. Pasquali, Roma	—	»	morta,	»	vivo
»	28. Tibone, Torino	—	»	morta,	»	morto
»	29. Camminiti, Messina(2)	—	»	guarita,	»	vivo
»	30. Parona, Novara	—	»	morta,	»	vivo
»	31. Olivieri, Napoli	—	»	morta,	»	vivo
»	32. Nicolini, Pavia	—	»	guarita,	»	vivo
»	33. Negri, Milano	—	»	guarita,	»	vivo
»	34. Calderini, Parma	—	»	morta,	»	morto
»	35. Chiara, Milano	—	»	guarita,	»	vivo

E per rottura d'utero:

1881	1. Pasquali, Roma	—	madre	morta,	feto	morto
»	2 (3). Fornari, Ascoli-Piceno	—	»	morta,	»	morto e

già estratto per le vie naturali.

---

(1) La donna è morta in conseguenza di fistole stercoracee consecutive all'atto operativo, circa un anno dopo.

(2) Di questo non ho potuto avere alcun particolare.

(3) A rigore il caso di Fornari non ha nulla a che fare colla operazione del Porro: in questo caso il processo attuato non era rivolto che alla terapia della rottura uterina dopo il parto.

II. — *All' Estero.*

1869	1. Storer di Boston	—	madre	morta,	feto	morto
1877	2. Hegar di Friburgo	—	»	morta,	»	morto
»	3. Spaeth, Vienna	—	»	guarita,	»	vivo
»	4. » »	—	»	morta,	»	vivo
»	5. C. Braun, Vienna	—	»	morta,	»	vivo
1878	6. Müller, Berna	—	»	guarita,	»	morto
»	7. Wasseige, Liegi	—	»	morta,	»	vivo
»	8. C. Braun, Vienna	—	»	guarita,	»	vivo
»	9. Litzmann, Kiel	—	»	morta,	»	vivo
»	10. Breisky, Praga	—	»	guarita,	»	vivo
»	11. Wasseige, Liegi	—	»	morta,	»	vivo
»	12. Riedinger, Brünn	—	»	guarita,	»	vivo
»	13. Fehling, Stuttgart	—	»	morta,	»	vivo
»	14. G. Braun, Vienna	—	»	morta,	»	vivo
1879	15. Fochier, Lione	—	»	guarita,	»	vivo
»	16. Tarnier, Neuilly	—	»	morta,	»	morto
»	17. Tarnier, Paris	—	»	guarita,	»	vivo
»	18. C. Braun, Vienna	—	»	guarita,	»	vivo
»	19. » »	—	»	guarita,	»	vivo
»	20. » »	—	»	guarita,	»	vivo
»	21. Lucas-Championnière, Paris	—	»	guarita,	»	vivo
»	22. Lucas-Championnière, Paris	—	»	morta,	»	vivo
»	23. Lucas-Championnière, Paris	—	»	guarita,	»	vivo
1880	24. Hausner, Barmen	—	»	morta,	»	morto
»	25. Lucas-Championnière, Paris	—	»	morta,	»	morto
»	26. G. Braun, Vienna	—	»	guarita,	»	vivo
»	27. Hubert, Lovanio	—	»	morta,	»	vivo
»	28. Veit, Bonn	—	»	morta,	»	vivo
»	29. Taylor, New-York	—	»	morta,	»	vivo
»	30. C. Braun, Vienna	—	»	guarita,	»	vivo
»	31. Tarnier, Paris	—	»	guarita,	»	vivo
»	32. Oppenheimer, Würzburg	—	»	guarita,	»	vivo

1880	33. Zweifel, Erlangen	—	madre	morta,	feto vivo
»	34. Agnew, Filadelfia	—	»	morta,	» vivo
»	35. Richardson, »	—	»	guarita,	» vivo
»	36. Veit, Bonn	—	»	guarita,	» vivo
»	37. Fiki, Varsavia	—	»	morta,	» vivo
»	38. G. Braun, Vienna	—	»	guarita,	» vivo
1881	39. Kreuzman, Erlangen	—	»	morta,	» vivo
»	40. Breisky, Praga	—	»	guarita,	» vivo
»	41. Simpson, Edimburgo	—	»	morta	vivo
»	42. Werth, Kiel	—	»	guarita,	» vivo

E per rottura d'utero:

1. Prevôt, Mosca	—	»	morta,	» morto
2. Halbertsma, Utrecht	—	»	guarita,	» vivo
3. Ramshauer, America	—	»	morta,	» vivo

Volendo raccogliere veramente tutti i casi, si dovrebbero ancora aggiungere quelli di Wasseige e Kaltenbach ed altri in cui la gravidanza era complicata a voluminosi fibromi, ma in epoca nella quale il feto non era vitale, e quello del Dott. Salin in cui si trattava di utero bicorne.

Per ovviare a serie opposizioni che possono farsi attorno al modo di considerare questi casi, noi pensiamo che volendo coscienziosamente giudicare dai pratici risultati della innovazione proposta ed attuata dal Prof. Porro, si dovrebbero escludere non solo i casi di Wasseige e Kaltenbach, ecc., ma eziandio quelli per rottura d'utero, quelli per fibromi sviluppati nel segmento inferiore uterino, e quelli in cui non fu la stenosi pelvica che domandò l'intervento, ma bensì lo stato generale della donna (Franzolini).

Allora soltanto potremmo serenamente giudicare l'atto operativo: ma questo a noi sembra ancora prematuro il tentare, e lo lasciamo volontieri, allorquando i fatti saranno ancor più numerosi, a chi vorrà occuparsi dell'argomento. A noi basta ora aver qui raccolto una parte del materiale. Prendendo il numero quale sta degli atti operativi, esclusi sempre i casi in cui la indicazione fu la rottura d'utero, troviamo che l'atto operativo fu praticato 35 volte in Italia e 42 nel restante del mondo. Per l'Italia sopra 35 casi, 22 morte, per l'estero un egual numero ma so-

pra 42; vale a dire la mortalità in Italia fu del 62 per cento, all'estero solo del 52 per cento; complessivamente tutti i casi diedero una mortalità del 57 per cento. Certo la mortalità è ancora assai elevata, e se la statistica del taglio cesareo classico in Europa desse risultati analoghi a quelli offerti dall'Harris per il Nuovo Mondo, non ci sarebbe d'andarne troppo superbi.

Ma quale differenza di risultati non riscontriamo noi se la statistica generale la scindiamo in gruppi! Badiamo un momento alle statistiche parziali.

Nella maternità Milanese dal dicembre 1877 a tutto ottobre 1881 la operazione del Porro viene praticata ben otto volte e da tre differenti operatori: ebbene otto bambini vennero estratti vivi, e sei madri acquistano pronta e completa guarigione. Mettiamo in cifre questi risultati: *il taglio cesareo col metodo Porro dà nella Maternità di Milano la mortalità del* 25 %.

Il Prof. Carlo Braun nella sua Clinica in Vienna dal 1877 al 1880, pratica sei volte l'operazione del Porro: estrae viventi sei bambini, salva quattro madri: possiamo adunque dire: *nella Clinica di Carlo Braun la mortalità per il taglio cesareo modificato è del* 33 *per* %.

Gustavo Braun nell'altra Clinica opera tre volte, estrae vivi tre bambini e salva due donne.

Il Breisky in Praga opera due donne e sempre salva madre e feto.

Riuniamo questi casi e troviamo un complesso di 19 operate con 14 guarigioni, vale a dire il 73 6 % di guarigioni.

Perchè adunque tanta differenza fra la statistica generale e quelle parziali? Non vogliamo, e chi lo facesse certo cadrebbe in grave errore, inferirne da ciò che inabili sieno stati gli operatori, ma certo o furono affatto neglette le precauzioni antisettiche, o troppo s'attese a ricorrere a questo compenso terapeutico, o infine i singoli casi erano già in condizioni disperate.

Certo che anche per l'operazione di Porro saranno sempre da ricordarsi i dati che l'Harris poteva raccogliere per il taglio classico in America, e *potrà dimostrarsi che la mortalità sarà sempre minore quanto più presto si passerà all'atto operativo.*

Per noi adunque è stabilito che poco valore debba avere la statistica generale come quella che è costretta a riunire i fatti più disparati, ed i singoli fattori de' quali riesce quasi impossibile il valutare in modo assoluto; importantissime invece quelle

parziali, e tanto più se, come nel caso in discorso, i brillanti risultati di Milano, Vienna e Praga tengono dietro a non interrotta sequela di rovesci col taglio cesareo classico.

II.

Prima di passare all'esposizione dei fatti clinici che determinarono la presente nota, è mia intenzione il richiamare l'attenzione sopra qualcuna delle questioni che si sollevarono intorno al tecnicismo del taglio cesareo col metodo Porro.

Ed in primo luogo: in quale momento si deve operare? Il taglio cesareo classico dovea anche proporsi di rimediare ad una delle più gravi complicanze dell'atto operativo, vale a dire la emorragia: era per questo necessario l'attendere che il travaglio fosse alquanto avviato, ed anzi allora solo si metteva mano al coltello quando le contrazioni erano energiche, e ciò per ovviare al temuto accidente emorragico.

La pratica però avea dimostrato che anche questa attenzione non era coronata dallo sperato successo: di qui la proposta della sutura dell'utero anche nello scopo di evitare le tristi conseguenze ulteriori del versamento di liquido purulento nel cavo peritoneale.

Facendo susseguire al taglio cesareo la amputazione utero-ovarica torna affatto inutile tale cautela. Di qui la opportuna proposta dell'operare prima del dichiarato travaglio od all'inizio di questo. Chi la propose e per il primo l'attuò fu il Prof. Chiara a ciò indotto in modo speciale per la formazione del peduncolo. Ecco infatti che cosa scriveva: « Operare prima che esordisse il travaglio sperando che il riposo *puerperale* dell'utero permettesse una valida e regolare costrizione senza il pericolo che il filo costrittore scivolando in basso sul cono uterino reso rigido dalla contrazione ci mettesse nel pericolo di ottenere un moncone verticalmente troppo sottile. Contro l'emorragia, teoricamente possibile, ci credevamo abbastanza armati colla rapida stringitura aiutata dalla tonicità muscolare che non sarebbe mancata (1). » Il Dott. Nicolini nell'esposizione del suo caso aggiunge a questo proposito: « Ottemperando al precetto dato dal Chiara ci met-

(1) *Fatti e commenti clinici* esposti dal Prof. Domenico Chiara, Milano, 1878, pag. 62.

tiamo nelle stesse condizioni dei chirurghi, i quali, nella massima parte dei casi almeno, hanno la possibilità di scegliere il giorno e l'ora della operazione, coll'immenso vantaggio di prepararvi opportunamente la paziente, di procurarsi un numero sufficiente di assistenti e di disporre con calma e precisione tutto ciò che si riferisce all'apparato istrumentale od alla profilassi listeriana (1). » Ma qui non si arrestano i vantaggi di una tal scelta. Il Professore Alessandro Russell Simpson nella relazione che diede del caso da lui operato (2) nel paragrafo intitolato: *The best time for operating*, richiama l'attenzione sopra un altro fatto di cui si deve tener conto; ricorda cioè la differente posizione che la vescica occupa durante la gravidanza o prima dell'inizio del travaglio od a travaglio iniziato. Egli riporta, a migliore esplicazione della cosa, due disegni tolti dal Braune rappresentanti due sezioni antero-posteriori di donne gravide morte ed artificialmente congelate; l'importanza sta tutta nel fatto: prima del travaglio la vescica è ancora contenuta nel bacino, diremo con Simpson: *the bladder is a pelvic organ;* durante il travaglio la vescica è portata interamente al disopra della sinfisi del pube; per queste ragioni il Simpson preferisce operare fuori travaglio. Tale disposizione della vescica appare anche evidentissima in una delle tavole dell'opera del Prof. Chiara (3); si vede infatti tutto quest'organo al disopra della sinfisi del pube per circa un tratto di 6 cent. È evidente che per la ulteriore relazione che si viene ad avere fra vescica e moncone uterino, sarà sempre meglio che la prima sia contenuta nel cavo pelvico, perchè così meno compressa; si supponga poi che la vescica rimanga incompletamente svuotata e vedremo allora che la sua ferita può anche avvenire nel decorso dell'atto operativo, cosa che nell'ovariotomia fu ripetutamente osservata. Consultisi in proposito il lavoro del Dott. Eustache di Lilla (4).

Ma non sono ancor tutti qui i vantaggi dell'operare fuori tra-

---

(1) *Di una amputazione cesarea utero-ovarica.* Relazione e considerazione del Dott. G. B. Nicolini. Milano, 1881, pag. 32.

(2) *On a case of caesarean hystero-ooferectomy, or Porro's operation; with remarks. — British Medical Journal* — 11. — 18 giugno 1881.

(3) *La evoluzione spontanea sorpresa in atto mediante la congelazione*, Milano, 1878.

(4) *De la lesion des organes urinaires pendant l'opération de l'ovariotomie. Archiv. de Tocologie*, aprile e maggio 1880.

vaglio: si deve ancora tener conto delle modificazioni che per il travaglio avvengono nel canal vagino-uterino, modificazioni che apparvero manifestissime nella prima delle osservazioni che saranno poi esposte.

Prescindendo dal modo di comportarsi del collo durante la gravidanza, argomento che grazie ai lavori pubblicati dal Bandl fu il soggetto di numerose memorie e discussioni, al momento del travaglio allorchè il collo è completamente disfatto e dilatato, utero e vagina non formano che un largo e continuo canale. Le tavole del Braune e quelle del Chiara stanno là a dimostrarlo indubbiamente.

Pervenuta la bocca uterina alla completa dilatazione incomincia il periodo espulsivo ed ecco come descrive l'espulsione del feto lo Schroeder: « La parte inferiore dell'utero, il segmento uterino ed il collo alla fine del periodo di apertura si trovano essere tanto in alto che, per le aderenze che hanno cogli organi vicini, più su non possono andare, e quindi nel momento delle contrazioni essi sopra l'uovo non possono più risalire. — Il *cercine di contrazione* quindi ora si può considerare come un grande anello saldo, che non può più muoversi di posto. Da questo momento l'effetto delle nuove contrazioni uterine non è più di portare in alto il segmento inferiore, ma di spingere in basso il prodotto del concepimento (1). » E appunto così decorre la bisogna allorquando all'espulsione del prodotto del concepimento non faccia ostacolo od un restringimento da parte della filiera genitale, o una abnorme presentazione fetale.

Ma in tali casi diversamente procede la cosa: riporto anche per questi fatti le parole dello Schroeder che concisamente descrive da maestro: « Se un ostacolo considerevolissimo, come avviene in un bacino ristretto, si oppone alla progressione del feto, sotto dolori violentissimi l'utero può benissimo poco a poco ritrarsi tanto in alto sopra l'uovo, da indurre una distensione colossale del segmento inferiore e del collo, e, se neppure così il prodotto del concepimento esce, queste parti possono venir lacerate (2). » Dei danni evidenti di tale disposizione allorquando trattasi di presentazione del piano laterale e che il pratico voglia passare alla versione, io già tentai di parlare in un mio breve

---

(1) Schroeder: *Manuale di ostetricia*, traduz. Rocca. Milano, 1881.

(2) Schroeder: *l. c.*

lavoro: differente invece è il danno allorquando ciò sia avvenuto in donna che debba poi sottostare all' operazione cesarea. L'operatore riscontra in tal caso considerevoli ostacoli al momento dell'estrazione del capo fetale: questo è validamente trattenuto dalla cavità cervicale e solo od incidendo o lacerando trova una uscita. Il fatto avvenne già e fu narrato dal Dott. Welponer, assistente al Prof. C. Braun Fernwald: leggiamo infatti nella osservazione 3ª (1). « Venne la notte e come spesso succede per incuria del personale di servizio, le doglie passarono inosservate e si ruppe il sacco delle acque senza che ne fosse avvertito l'assistente di guardia » e più innanzi: « Il collo uterino era enormemente dilatato e racchiudeva in sè tutta la testa fetale, per cui bisognò inciderlo separatamente onde renderne possibile la estrazione. » Ed in altro punto parlando del consiglio del Müller lo respinge ricordando questo caso, « poichè il collo uterino era abnormemente dilatato in modo da racchiudere tra le sue pareti, già piuttosto assottigliate, tutta la testa fetale. Ci accorgemmo di questa circostanza quando fatto il taglio uterino fino all' orifizio interno, non riuscimmo ad estrarla, ma bisognò fare ex tempore una seconda incisione nel collo, della lunghezza di almeno quattro centimetri. »

Queste ragioni adunque unite a tutte le altre mi sembrano che debbano prevalere nella scelta del più opportuno momento dell'atto operativo: certo però che tale scelta non sempre sarà in facoltà dell'ostetrico, dovendo spesso accettare il caso quando e come gli vien offerto

Altro punto discusso si riferisce alla cura del peduncolo uterino. La questione posta fu sempre tra le due: trattamento extraperitoneale, od affondamento. Alcune ragioni teoretiche fanno volgere il pensiero all'affondamento, ragioni pratiche e di grandissimo peso consigliano di attenersi al processo messo in atto dal Porro. Intanto chi volle fare anche lontani raffronti fra il peduncolo di un cistovario e quello consecutivo all' esportazione dell'utero gravido errò: nel primo predominano le parti sierose in una a poco cellulare e vasi sanguigni; facili e pronte quindi le aderenze colla sierosa circostante, limitato il processo di necrosi; nel secondo il moncone è ben più grosso, fatto da tessuto

---

(1) Welponer: *Contribuzione alla statistica della ovaro-isterotomia cesarea, metodo Porro.* — *Lo Sperimentale*, giugno 1879.

uterino, da parte de' legamenti larghi, e l'estremo soprastante dovendo cadere in necrosi, per la presenza dei bacteri che si riscontrano in un organismo sano, tale necrosi può dar luogo a decomposizioni putride o cangrena (1). Tuttavia tale procedimento fu tentato ma non fu che troppo raramente (2° caso di Veit) coronato da successo. Altri proposero la estirpazione completa dell'utero puerperale: in questo caso, essi dissero, l'intero organo è tolto; non abbiamo più il peduncolo fissato nella parete addominale che fu causa finora di non rari disastri; possiamo chiudere in modo assoluto il peritoneo, la medicazione antisettica sarà assicurata. Così ragiona il De-Cristoforis formulando la sua proposta.

Io accetto la estirpazione completa dell'utero ma nel solo caso in cui la formulava il Mangiagalli (2) là ove nella sua conferenza parla del cancro del collo uterino complicante la gravidanza. — Discorrendo dell'*arrovesciamento* messo in atto dal Dott. Chiarleoni, egli invece si dichiara partigiano del taglio cesareo susseguito dall'asportazione totale col processo di Freund, quale venne modificato da Kocks « in vista specialmente del fatto anatomico da questi dimostrato, che nell'utero gravido, l'arteria uterina scorre alquanto più discosta dal margine uterino che non nell'utero vacuo. » Del resto la proposta del De-Cristoforis è suscettibile di molte altre opposizioni che qui è inutile il formulare.

Ultimamente s'ebbe un'altra proposta per opera del Dott. Arturo Bompiani. Il suo processo si può dire dell'*arrovesciamento del collo uterino* dopo l'amputazione del corpo. Egli lo vorrebbe sostituire al trattamento extra-peritoneale del peduncolo e lo vorrebbe massimamente attuato ne' casi di rottura d'utero. Per me non posso nascondermi una grave censura al suo processo, ed è questa: allorquando l'operazione di Porro sarebbe terminata, volendo imitare il Bompiani, il suo processo incomincia. Che tale proposta possa trovare qualche raro caso di pratica applicazione io non voglio negarlo, ma certamente non si potrà portare quale processo generale a complemento del taglio cesareo. Ne' casi di rottura d'utero perchè la semplice amputazione dell'organo possa

---

(1) Kocher: *L'excision totale de la matrice et la question du drainage abdominal — Revue Médical de la Suisse romande,* 15 novembre 1881.

(2) *Sulle indicazioni assolute e relative del taglio cesareo — Conferenza.* — Milano, 1880.

essere efficace, si dovrebbe avere o una rottura incompleta, vale a dire senza interessamento del rivestimento peritoneale del viscere, e tale fu il caso dell'Halbertsma, oppure una rottura del fondo od almeno del corpo uterino. Ma contro di ciò sta l'osservazione giornaliera intorno alla sede delle rotture d'utero. Nella mia ancor breve pratica ostetrica ebbi la fortuna, e disgrazia insieme, di vedere, nel volgere di pochi mesi, due casi di rottura completa dell'utero gravido: in ambedue i casi le donne erano multipare, il feto era a termine e si presentava col piano laterale; in ambedue era stata amministrata la segale ed eran stati fatti incauti e ripetuti e pur troppo fatali tentativi di rivolgimento. Portate alla Clinica agonizzanti in poche ore resero l'estremo respiro. Ebbene, ambidue i casi ci permisero di constatare una spaccatura vagino-uterina decorrente sul margine sinistro uterino che sdoppiando il legamento largo corrispondente, metteva ampiamente in comunicazione il cavo uterino con quello addominale e permetteva al feto ed agli annessi di liberamente passare in questo.

In tali casi l'amputazione utero-vaginale alla Porro non sarebbe certamente giovata, poichè al disotto del cingolo strozzante sarebbe rimasta una lunga fenditura di almeno 6 o 7 centimetri beante: e per questo che in tali casi o val meglio liberare la donna per la via vaginale e poi attuare valido drenaggio attraverso la fessura, processo questo che diede già in Germania non pochi brillanti risultati, o qualora si sia impossibilitati a far questo, passare alla laparotomia e tentare poi la sutura previa o no la cruentazione dei bordi. Non mi nascondo però che forse in tale caso il processo del Bompiani potrebbe essere utilmente attuato. E ne' casi in cui non è l'utero che si squarcia, ma è invece questo viscere che si stacca da' suoi attacchi vaginali potrebbe giovare il processo del Bompiani? No di certo, ed in allora liberata la donna per le vie naturali il drenaggio sarebbe il solo mezzo da attuarsi.

Nello stato attuale mi pare adunque che il trattamento del moncone mediante la fissazione alle pareti addominali sia ancora il migliore; l'affondamento dovrebbe essere il metodo di eccezione.

Un'ultima questione è quella del drenaggio vagino-addominale. In verità io non ne avrei parlato se anche ultimamente non si fosse richiamata la questione su questo campo. Il Peruzzi comunicando

il suo caso esclama: « e finalmente è al drenaggio addomino-vaginale che io attribuisco buona dose di merito nella guarigione del soggetto della presente osservazione (1). » Ed il Bompiani alla sua volta: « Questa micidiale infiammazione si è cercato da tutti di prevenirla (parla l'Autore della peritonite) nella emostasia e nella nettezza durante l'operazione, quasi da nessuno pensando al tempo dopo l'operazione; » e discorrendo poi delle condizioni speciali del moncone dopo l'amputazione sopra-vaginale cesarea, parla del cavo pubio-cervico addominale e dimostra come contro le raccolte qui formantisi inutile riuscirebbe anche il drenaggio; necessario adunque l'abolire le due pieghe utero-rettale, cervico-pubico-addominale al che si perviene col processo da lui escogitato

Il Bompiani adunque visto che neppure col drenaggio si può ottenere lo scolo de' liquidi cambia metodo: altri invece si ostinano a credere che il successo sia tutto dovuto al drenaggio.

Mikulicz scrive che il drenaggio non permette che lo scolo del liquido in una piccolissima zona poichè ben prestamente le essudazioni fibrinose incapsulano tanto i liquidi come gli stessi tubi a drenaggio. Secondo lui adunque il punto essenziale di ogni laparotomia sta tutto nell'impedire l'infezione per *contatto*, considera come lontano il pericolo della infezione *spontanea*, quella cioè dovuta a decomposizione dei liquidi, sangue ecc. — Tali liquidi vengono prontamente assorbiti qualora materia infeziosa non venga portata dall'esterno.

E stando ai fatti clinici io dovrei dire che le vedute teoriche trovano una completa conferma. — Nella Maternità di Milano *sono sei di seguito* le guarite di taglio cesareo ed in nessuna di queste fu attuato il drenaggio.

Il mio maestro, il Prof. Chiara, volendo giustificarsi dell'applicazione del *drain* vagino-addominale ne' suoi primi due casi seguiti da morte, così scrive in una nota: « Gli è appunto il dubbio che le mie prime applicazioni del metodo listeriano fossero esatte, che mi fece cadere nella contraddizione di praticare il *drain* vagino-addominale, che dal metodo antisettico deve essere escluso (3). » Parole queste che trovano un eco favorevolissimo

---

(1) *Taglio cesareo completato dalla amputazione utero-ovarica.* — *Annali di Ostetricia Gin.*, dicembre 1880.

(2) Vedi Kocker *l. c.*

(3) *Fatti e commenti clinici*, pag. 73.

in quelle che pronunciava il principe degli ovariotomisti alla sezione di chirurgia del Congresso medico internazionale di Londra: « Ce qui me paraît très remarquable, c'est que tandis que, » dans la chirurgie antiseptique, générale, le drainage est un » partie essentielle, et même une partie fondamentale, dans ma » propre pratique de l'ovariotomie et de l'enlèvement des tu- » meurs utérins, les antiseptiques ont supprimé le drainage. » Je n'ai pas employé un tube à drainage depuis plus de trois » ans. Autrefois, dans les cas où beaucoup de liquide était col- » lecté dans la cavité abdominale, après une opération le drai- » nage était regardé comme necessaire. Si le liquide n'ètait pas » évacué, il se putréfiait et empoisonnait la malade, et alors on » devait l'évacuer, ou par une ponction, ou en ouvrant de nou- » veau la plaie. Depuis que l'on a adopté des mesures antisepti- » ques, ou bien il *ne se fait pas d'épanchement*, ou, *s'il s'en fait* » *un, le liquide ne devient pas putride et se résorbe sans aucune* » *souffrance et sans amener d'élévation de temperature* (1). »

Ma passiamo finalmente all'esposizione dei casi.

III.

1ª Osservazione (7° *caso dell'Ospizio*) (2).

Nella prima ora del 9 ottobre 1881 veniva a accompagnata alla Maternità una gravida in travaglio di parto: all'accettazione essa

---

(1) Spencer Wells: *Le derniers progrès accomplis dans le traitement chirurgical des tumeurs intra-peritonéales* — *Annales de Gynecologie.* — Ottobre 1881.

(2) Le 6 antecedenti operazioni furono praticate nell'ordine seguente:

1877 — 16 dicembre
1878 — 22 maggio
» — 18 ottobre
1879 — 19 giugno
» — 28 agosto
1880 — 25 febbraio.

Per chi ne bramasse i particolari indico ove furono pubblicate per disteso le relazioni.

Delle prime tre: *Fatti e commenti clinici*, per il Prof. Chiara, negli *Annali Universali di Medicina*, anno 1878. — Per la 4ª e 5ª: *Annali di Ostet. Gin. e Ped.*, 1879. — Per la 6ª: *Gazz. degli Ospitali*, 1880.

viene contrassegnata col N. annuale 229. L'accompagna una dichiarazione dell'egregio Dott. Vittorio Cavagnis di Desio in cui si rende conto del suo stato completamente riconosciuto dall'egregio curante.

Ecco il risultato che ci diede l'esame anamnestico fatto qualche giorno prima che la paziente abbandonasse la Maternità. — È di anni 33, attende nell'estate ai lavori campestri, nell'inverno fa la filatrice. Per buona parte del tempo abita in locale a *pianterreno piuttosto umido, privo de' diretti raggi solari.* Il suo vitto se non si può dire scarso per la quantità, certo non si può considerare sufficiente per la qualità, come quello che si compone quasi esclusivamente di sostanze vegetali. Tranne quelle in relazione con lo stato di maternità mai ebbe a soffrire malattia di rilievo. — A 13 anni fu mestruata e tale funzione fu sempre poi regolare e per tipo e per quantità.

Undici anni fa passò a marito: otto anni fa ebbe il suo primo parto a termine: nacque un bambino vivo che allattò essa stessa per 15 mesi e che morì poco prima di toccare i 3 anni. Sei anni fa fu gravida per la seconda volta; la gravidanza portata a termine fu chiusa con parto felicissimo che diede un maschio che ella allattò per 14 mesi; è ancora vivente. La terza gravidanza avvenne tre anni e mezzo fa: fu durante questa che cominciarono disturbi consistenti in dolori alla cintura pelvica; segna la donna come punti in cui più intenso era il dolore la regione lombare, la sinfisi del pube e le creste iliache; tali dolori si inasprivano alla pressione ed anche al semplice tocco e le impedivano il cammino. Tuttavia la gravidanza fu portata a termine, e con facilità si sgravò poi di un bambino vivo ed ancora vivente. Durante il puerperio per tre mesi sentì ancora i caratteristici dolori; a quest'epoca cessarono e la donna potè nuovamente deambulare. Allattò anche questa volta ed ancora per lo spazio di 14 mesi.

Due anni fa fu gravida per la quarta volta e toccato appena il terzo mese nuovamente comparvero i dolori; notò molto chiaramente la donna che tali dolori aumentarono col progredire della gravidanza e che *durante questo tempo la statura si fece più bassa di almeno tre dita trasverse.* La gravidanza arrivò al suo termine, ma a differenza delle altre volte il parto fu lungo e difficile. Il Dott. Cavagnis inviando la donna all'Ospizio scrive, che durante questo parto egli avea già pensato alla necessità del

taglio cesareo, quando avendo dovuto allontanarsi dal paese, dopo 16 ore di travaglio la donna potè espellere un bambino, bene sviluppato, morto, ed il cui capo e petto si mostravano fortemente schiacciati.

Dopo il parto i dolori continuarono ancora: opportunamente curata in questo frattempo, potè in capo a tre mesi trovarsi abbastanza bene e cominciare a riprendere le domestiche cure.

L'attuale gravidanza è al termine. L'ultima mestruazione l'ebbe in dicembre 1880; non sa precisare l'epoca in cui avvertì per la prima volta i moti fetali; durante la intera gravidanza non ebbe il più piccolo dolore, nè mai avvertì disturbo qualsiasi che le ricordasse i già sofferti dolori alla pelvica cintura.

Tale racconto sufficientemente particolareggiato e nelle sue parti più importanti suffragato anche dalle asserzioni dell'egregio Dottor Cavagnis, ci presenta la storia consueta di quella forma morbosa che fu detta osteomalacia. Essa venne a svilupparsi in questa donna nell'epoca di vita in cui più di frequente fu osservata. Se infatti interroghiamo la interessante tesi del Dott. Casati vediamo che i 62 casi da lui raccolti, per l'età, debbono così dividersi: fra 24 a 30 anni ammalate 14: fra 31-40 ammalate 42, fra 41-45 ammalate 6 (1).

Se poi noi badiamo alla provenienza troviamo ancora appartenere essa ad uno de' circondari che maggiormente contribuiscono alla statistica della osteomalacia. Dalla Monografia del Dott. Casati si ricava essere questi quelli di Gallarate, Abbiategrasso, *Monza* e Milano.

Ma vediamo ora in quale stato ci sia arrivata la donna e quali fossero le condizioni in cui si trovava dal punto di vista ostetrico.

Alle ore 2 ant. del giorno precedente (8 ottobre) incominciarono le contrazioni uterine, e tre ore più tardi (5 ant.) colarono le acque. Il medico del sito la vide circa 12 ore dopo e riconosciuta la pelvica deformazione propose subito l'invio della donna alla Maternità, cosa che i parenti non vollero subito accettare. Persuasi finalmente, dopo inutile aspettativa d'altre 6 ore, piegarono alla necessità.

È di statura media, m. 1,53. Le condizioni generali sono ancor

---

(1) *Sulla osteomalacia osservata alla Maternità di Milano.* — Milano, 1871, pag. 22.

buone; risponde alle domande, ma di tanto in tanto è costretta ad interrompersi stante le frequenti e valide contrazioni uterine.

L'utero è bene sviluppato, col suo grande asse disposto longitudinalmente ed arriva col suo fondo alla zona sopra-ombellicale superiore: esso si contrae di tanto in tanto, ma anche nella pausa mantiene sempre un certo grado di durezza quale si osserva nei casi di retrazione del viscere sul contenuto.

La palpazione lascia sentire l'estremo cefalico all'ingresso della pelvi, tutto fuori del piccolo bacino, ed alquanto spostato a sinistra; il dorso fetale si palpa nei quadranti di sinistra, le piccole parti fetali in alto ed a destra in corrispondenza del superiore quadrante destro dell'addome. — All'ascoltazione il battito cardiaco è chiaramente percettibile su una linea passante per il bellico in corrispondenza della metà sinistra dell' addome: è regolare e per la frequenza segna da 150° a 140° al minuto primo.

Col riscontro vaginale: riesce questo alquanto difficile per il grande avvicinamento delle due branche ischio-pubiche: fra queste l'indice appena può trovare adito: in corrispondenza delle tuberosità ischiatiche stentatamente trovano spazio l' indice ed il medio; lo spazio retro-ischiatico riceve le 4 dita della mano esplorante se disposte obliquamente, ma non se mantenute orizzontali. Effetto però dell' esplorazione colle 4 dita è il far conoscere che non solo lo stretto inferiore è viziato ma prende parte eziandio alla deformazione tutto lo scavo e lo stretto superiore. Infatti e le regioni cotiloidee sono alquanto introflesse, ed il promontorio si sente cacciato all' avanti ed alquanto a sinistra. La vagina è molto allungata, ed il dito o la metà della mano, per quanto cerchino non sentono traccia del contorno della bocca uterina. Allo stretto superiore si sente appoggiato il vertice fetale, là alquanto fisso per la presenza di un voluminoso tumore di parto ancor resistente. Durante l'esame cola abbondante meconio.

Risultato adunque del nostro esame: donna affetta da osteomalacia che pare ormai spenta, gravida a termine con feto vivo, con pelvi universalmente ed irregolarmente viziata e più allo stretto inferiore. Il diametro inter-ischiatico potea calcolarsi non superiore ai 35 millimetri, di molto ridotto dovea ritenersi l'antero superiore dello stretto superiore, poichè dovea calcolarsi come perduto tutto lo spazio anteriore in cui di molto erano avvicinate le branche orizzontali del pube. Ho dimenticato di dire che il pube presentava il caratteristico rostro de' bacini osteo-

malacici e che le fosse iliache ricordavano i *canali iliaci* che dal Kilian, che primo li descrisse, furono così detti.

Ommetto deliberatamente ogni dimensione presa all'esterno, come quella che non può essere di alcun criterio ne' casi di bacino osteomalacico, seguendo la Scuola il precetto che in tali contingenze solo la mano può farsi un criterio esatto della conformazione del bacino.

Date queste condizioni che dovevamo fare? Prima di tutto era nostro dovere stabilire una cosa: la forma assunta da quella pelvi era definitivamente fissa, oppure potea cedere agli agenti esterni? In una parola la osteomalacia era realmente spenta, e quindi la deformazione permanente, o potea essa trovarsi ancora nel periodo in cui le ossa cedono? — Solo pensando alla storia offerta dalla donna potevamo credere che ormai fosse spento, almeno per la maggior parte il processo morboso. La gravidanza antecedente infatti è funestata da continui dolori ossei; il parto trova un grande ostacolo ma finalmente essendosi la donna alzata da letto, dopo sedici ore come per lo scatto di una molla il feto passa per la trafila (1). Ma da quell'epoca ogni dolore tace, e la intera gravidanza successiva decorre senza alcun disturbo.

Il travaglio attuale data da circa ventisei ore, e tuttavia la parte presentata non ha ancora valicato lo stretto superiore. D'altra parte un esame attentissimo non ci permette di constatare mobilità o cedevolezza alcuna in quelle ossa. Escluso questo punto i mezzi potevano essere di tre classi differenti. O tentare di allargare la via naturale mediante la sinfisiotomia. La statistica recentemente pubblicata dal prof. Morisani ci mostra come la prognosi sua sia favorevole e sia un mezzo terapeutico da non mettersi affatto nel dimenticatojo; ma ci parevano le condizioni della nostra paziente riguardo al grado della viziatura fuori di quei limiti in cui il lieto successo può sperarsi. Inoltre privi affatto anche dell'esperienza altrui in riguardo alla sinfisiotomia nel bacino osteomalacico, questo compenso terapeutico fu adunque affatto messo da parte.

Restava o l'embriotomia o la sezione cesarea. La prima operazione si dovea in primo luogo praticare sopra un feto che seb-

(1) Ricordo per incidenza come un fatto consimile sia avvenuto nella osteomalacica operata dal prof. Chiara; il parto si espletò allorquando il marito agì fortemente premendo dall'interno all'esterno sulle ravvicinate tuberosità ischiatiche.

bene sofferente, era ancora vivente; in secondo luogo in un bacino considerevolmente viziato ovunque ed irregolarmente e più allo stretto inferiore. Vero è che quest'ultima circostanza non aggravava di molto il pronostico, poichè trascinata una volta, previa craniotomia, quella testa nello scavo più facile, sarebbe riuscita la sua riduzione, ed anche in caso di lesione alle parti molli materne, queste non sarebbero uscite dal campo della vagina, e perciò meno fatali alla madre; possibile adunque a tutto rigore potea essere la embriotomia, ma certamente non facile.

D'altra parte noi ci ponemmo il problema: in una gravidanza ventura poteva un sussidio qualsiasi dell'arte permetterci la fuoriuscita di un bambino vitale? No di certo, e fu specialmente questo fatto che ci fece decidere per la sezione cesarea.

In tali idee concordi il dott. Luigi Mangiagalli e lo scrivente, volemmo ancora sentire il parere di un nostro egregio collega, e fu quello del dott. Gaetano Casati, che volle premurosamente rispondere al nostro invito. Venne, e dopo attento esame della donna ritenne come più favorevole la sezione cesarea anche tenendo conto della vita del feto. Decisa la via da tenersi, si passò con tutta sollecitudine all'atto operativo attuando la sentenza del Lovati: « determinata con ponderazione la qualità dell'operazione da eseguirsi, invariabilmente dev'essere fatta senza desistere, senza cambiar metodo, senza dimostrare incertezza. »

Essendo assente per regolare permesso l'egregio prof. Chiara, il dott. Luigi Mangiagalli, primo assistente, volle che io stesso compissi l'atto operativo. Il suddetto dott. Mangiagalli ed il dottor Casati mi furono validi ajuti. Ambedue pubblicamente abbiano i miei più sentiti ringraziamenti, come pure le levatrici del comparto (1), che ebbero e prima e durante e dopo l'operazione tutte le cure affinchè l'esito finale sortisse felicemente.

Non parlo delle misure antisettiche: compendio il tutto col dire che furono *pedantesche.* Cloroformizzata la paziente in modo completo, passai all'atto operativo. Era già stato deciso di incidere l'utero in sito, poichè il suo considerevole sviluppo non permetteva di pensare all'estrazione dell'intero viscere, che forse in questo caso sarebbe stata indicata onde impedire il versarsi del meconio nel peritoneo. Dirò però come tale fine fosse egualmente bene raggiunto non ostante la incisione in sito. Divisi sulla linea

(1) Le signore Bertocchi, Annoni e Conter.

alba per circa 14 ctm. i tessuti costituenti la parete addominale, previa siringazione; al momento della puntura del peritoneo colò alquanto liquido citrino sanguinolento.

Rettificata la obliquità dell'utero passai all'incisione di questo, ma non appena immersa la punta del coltello panciuto, ebbi la sensazione che il taglio cadesse sulla inserzione placentare. Introdotto infatti per la piccola breccia l'indice destro, potei constatare che la placenta era là aderente; seguii prontamente il consiglio di staccarla col dito in quella zona, e poi sulla guida dell'indice apersi col coltello bottonuto l'utero per quel tanto che mi pareva necessario ed introdussi subito la mano destra. Inutile riuscendo qualsiasi tentativo di far sortire la testa essendo questa fissata nel canale cervicale, andai alla ricerca del piede destro, e molto prestamente potei estrarre l'intero tronco del feto. Al momento dell'estrazione del capo, provai un grave ostacolo, e non si creda fosse dato dal rinchiudersi dei margini della ferita uterina sul collo del feto, caso ripetutosi tanto di frequente e che domandò perfino l'impiego di istrumenti; no, l'ostacolo era dato dal canale cervicale nel quale stava *digerita* tutta la testa fetale, e cedette solo a patto di una lacerazione che partendo dall'angolo inferiore della incisione uterina, si portava in basso sulla linea mediana.

Il bambino estratto era gravemente asfittico e solo dopo molte cure fu richiamato in vita.

Compiuto il secondamento, si passò un costrittore di Cintrat, ed ottenuta l'emostasi si amputò il corpo uterino. Nel timore di avere un peduncolo troppo breve, si tenne il filo costrittore un po' al disopra dell'angolo inferiore della lacerazione che s'era fatta nel momento dell'uscita del capo, e per chiudere la piccola breccia rimasta fu dato un punto di sutura nodosa con seta. Si passò poi al disopra del filo costrittore un ago d'acciajo, e poi non sembrando affatto completa l'anemia del moncone, al disopra di questo un secondo filo di ferro montato sopra altro costrittore di Cintrat. Fatto ciò, si passò alla fissazione nell'angolo inferiore della ferita del peduncolo grosso ed abbondante nel senso verticale, si riunirono con punti di sutura nodosa con seta fenicata le pareti addominali, e per esser certi che in corrispondenza del rivestimento sieroso del moncone uterino venisse a trovarsi il peritoneo parietale, si orlò con questo l'angolo inferiore della ferita mediante tre punti di sutura nodosa con seta sottile (N. 1). Inutile il dire che si provvide alla pulizia addominale, quantun-

que durante l'atto operativo nè sangue nè liquido dall'utero si fosse versato nel peritoneo. Furono posti sulla ferita addominale cinque punti al disopra del moncone e due al di sotto. I costrittori furono levati a sutura compiuta.

L'atto operativo, cominciato alle tre e mezza antimeridiane, durò circa cinquanta minuti, compresa la cloroformizzazione e la medicatura. Il polverizzatore a vapore funzionò sempre. La perdita di sangue totale non toccò i 300 grammi.

A dare un'idea sommaria dell'andamento consecutivo, credo che basti il riportare la scala delle temperature offerte dalla donna nei primi dieci giorni.

1°	giorno,	Matt. 8 ant.	37.5	2 pom.	36 8	8 pom.	36.9
2°	»	»	37.6	»	37.7	»	37.7
3°	»	»	37.2	»	37.6	»	38
4°	»	»	37	»	37.3	»	37.7
5°	»	»	36.9	»	37 9	»	38
6°	»	»	37.3	»	37.9	»	38.1
7°	»	»	36.8	»	37.8	»	38
8°	»	»	37.6	»	37.8	»	37.9
9°	»	»	37.4	»	37.9	»	37.5
10°	»	»	37.2	»	37.5	»	37.9

Fu siringata il primo ed il secondo giorno solamente, perchè al terzo cominciò ad emettere le orine da sè: non ebbe mai vomito, mai il più piccolo dolore all'addome nè questo si mostrò non dirò meteorizzato, ma neppure espanso. Al terzo giorno fu oltremodo marcata la *rivoluzione lattea*. Il secreto vagino-uterino colò in modo normale sotto forma di lochi.

Dirò ancora che il moncone fu sempre medicato per i primi dieci giorni con cotone al percloruro di ferro; che al sesto giorno s'incominciò a tosarlo, che al decimo giorno era completamente caduto, e con esso l'ago ed i due cingoli di ferro. Da quest'epoca la medicazione del risultantene infundibolo si fece col cotone all'acido borico.

I medicamenti si ridussero in tutto ad una injezione ipodermica di morfina fatta subito dopo l'atto operativo, ed a due pillole di oppio; localmente non si medicò che al terzo dì per la prima volta, al quinto per la seconda, e poi tutti i giorni.

Diremo infine che fino dal terzo giorno cominciò a nutrirsi con pollo e bevette fino dal primo vino di Barolo.

L'urina fu intensamente fenicata per i primi quattro giorni, con sedimento muco-purulento discreto verso al decimo, per insorgenza di un mite processo catarrale vescicale.

In diciottesima giornata abbandonò il letto, e da quel giorno assai rapidamente si rifece nel generale, in guisa che quando al trentacinquesimo giorno abbandonò l'Ospizio, avea notevolmente guadagnato nella sua salute.

Ed ora che abbiamo narrato della madre, parliamo del feto, poichè sul suo corpiccino troviamo qualche cosa degna di attenzione.

È di sesso maschile, del peso di gr. 3500 e della lunghezza di mm. 524, di cui 274 per la distanza dal vertice al bellico, 250 dal bellico ai talloni.

Ecco le altre misure prese al quarto dì:

Diametro	mento-occipitale	mill.	132
»	fronto-occipitale	»	120
»	bipar. anat.	»	97
»	» ostetr.	»	96
»	Sottoccipito bregmat.	»	100
»	» frontale	»	112
»	» menton.	»	87
»	bimastoideo	»	77
»	mento-bregmatico	»	122
»	» frontale	»	93
»	trachelo-frontale	»	95
»	» bregmatico	»	109
»	» occipitale	»	90
»	biacromiale	»	120
»	sterno-dorsale	»	90
»	sacro-pubico	»	55
»	bitro canterico	»	91

Arrestiamoci un momento sul capo fetale. Le misure suesposte sono prese al quarto dì: ma al momento della nascita era oltremodo interessante il notare la speciale deformazione di quella testa. Il lettore ricorderà come il feto si presentasse coll'estremo cefalico flesso (vertice), col dorso rivolto a sinistra ed ora aggiungeremo nella varietà trasversale. Ora osservandolo si vede che sul parietale sinistro (posteriore) affatto vicino alla sutura sagit-

tale, ed in un punto equidistante dalle fontanelle bregmatica e triangolare, esiste una vasta e profonda depressione dovuta alla valida compressione fatta dall'utero contro il promontorio, e sul parietale destro (l'anteriore) lungo una linea tirata un po' al disotto della bozza del frontale ad un centimetro circa al disotto della bozza parietale, si scorgono tre zone in cui il cuojo capelluto è nerastro, coperto da vescichette, in una parola, le parti molli sono cangrenate; questi punti corrispondono ai punti ossedell'arcata pelvica anteriore contro i quali veniva ad urtare la testa; mettendo l'apice di una branca del compasso al fondo della depressione notata sul parietale sinistro e l'altro sul punto maggiormente distante (ben inteso sulla linea che riunisce i tre punti necrosati), la distanza è di 55 millimetri. Cosicchè noi potremmo con ragione ritenere questa cifra come quella avvicinantesi al valore della *conjugata utile* nello stretto superiore della osteomalacica operata; dico conjugata *utile* e non *vera,* poichè anatomicamente questa sarà alquanto maggiore come di consueto si osserva nei bacini osteomalacici.

Sebbene estratto gravemente asfittico e dopo aver subito tali compressioni sulla massa cerebrale, tuttavia il bambino si rimise assai bene, e portato dal padre alla campagna nell'ottavo dì dalla nascita, un mese dopo prosperava.

Gli annessi, intensamente tinti dal meconio perduto dal feto, pesavano gr. 450.

L'utero asportato pesa gr. 980, presenta un diametro traverso di ctm. 15, un diametro verticale di 14. Sulla faccia anteriore si scorge la incisione verticale caduta alquanto a sinistra; la inserzione placentare si nota a destra ed in avanti; lo spessore medio delle pareti è di 2 ctm. L'esame delle ovaja mostrò il corpo luteo in quella di sinistra.

Al momento della dimissione (12 novembre) è facilmente constatabile un completo ristabilimento della donna. La cicatrice addominale non misura ora che 9 ctm., e termina in basso con una piccola piaga coperta da rigogliose granulazioni là ove fu l'infundibolo. Il riscontro fa sentire al fondo della vagina una specie di cercine che ricorda la porzione sottovaginale dell'utero.

Tale fu il caso in cui ebbi la somma fortuna di prendere una parte attiva, e l'esito giustificò ancora una volta ciò che scriveva il De La Motte:

« *Les plus heureux accouchements ne sont pas sans danger, ni les plus fâcheux sans espérance.* »

2ª Osservazione. — (8° caso nell'Ospizio).

Gravida illegittima e contrassegnata col num. annuale 194-1881 — è una giovane rachitica accolta nel comparto il 6 settembre 1881. Eccone brevemente le notizie anamnestiche.

Di anni 23, servente di professione, ci narra che durante i primi cinque anni di vita fu impossibilitata al cammino per quella non infrequente forma morbosa che è la rachitide, e a 16 per due mesi fu colpita da febbri a tipo terzanario; oltre queste principali malattie ebbe qualche lieve disturbo che ora più non ricorda. Fu menstruata la prima volta a 16 anni, e da quell'epoca sempre regolarmente. Il periodo menstruale è preannunciato da malessere generale e dura otto giorni in media.

Fu menstruata l'ultima volta il 13 gennajo. Da quel tempo, in uno alla scomparsa dei mestrui, notò vomito mattutino, dolori intestinali, e di tanto in tanto diarrea. Avvertì i moti attivi fetali qualche giorno dopo che per la quarta volta le mancava la mestruazione, ma non sa precisarne l'epoca.

L'esame fisico ci mostrava:

Donna a sviluppo scheletrico mediocre, alta m. 1 40, masse muscolari discretamente sviluppate, tessuto adiposo non molto abbondante. Alla faccia notansi prominenti alquanto i zigomi, poco acuminata la mandibola, senza speciali alterazioni la volta cranica. Gli arti superiori ed il tronco ben conformati, se si eccettui la parte inferiore della colonna dorsale e la metà superiore del tratto lombare che mostrano una marcata lordosi a destra, con consecutiva curva di compenso nel tratto ultimo della regione lombare in uno al sacro, per cui questo ne risulta spostato a sinistra. Agli arti inferiori accentuate le curvature anteriori esterne dei femori, quasi normali le tibie. L'arto inferiore sinistro è *relativamente più corto* del destro, per cui ne risulta nel cammino un lieve grado di zoppicamento a sinistra. L'esame della pelvi ci mostra la ragione di questo fatto. Passando all'esame in relazione più stretta collo stato di maternità trovammo:

Mammelle emisferiche, provviste abbondantemente di tessuto ghiandolare. Il capezzolo è ben fatto, erettile, pervio; la areola primitiva molto pigmentata e bene sviluppata la secondaria.

La donna ha capelli di un colore castano scuro.

L'addome all'esame del giorno 13 ottobre offriva le seguenti dimensioni:

Circonferenza addominale a livello del bellico	ctm.	85
Distanza dal pube alla punta sternale	»	37
» dal pube al bellico	»	14

L'utero col suo fondo arriva alla parte media della zona sopraombellicale superiore ed offre un diametro longitudinale (preso però all'esterno tutto) di ctm. 23 ed uno trasverso di ctm. 21.

Quando poi aggiungeremo che la linea alba si presentava poco pigmentata, che la cicatrice ombellicale era appianata, che abbondanti erano le smagliature alle pareti addominali e tutte coi caratteri delle recenti, che infine l'addome era irregolarmente disteso perchè più nella destra metà, avremo esaurito anche quanto la ispezione ci poteva far conoscere.

La palpazione poi assai facile ci lasciava sentire la testa del feto all'ingresso pelvico per nulla impegnata, il dorso fetale palpabile nel quadrante di destra, distinte assai le piccole parti nel superiore quadrante di sinistra.

E mentre la ascoltazione dava piena ragione a questi dati, poichè distinto, regolare e netto si percepiva il battito cardiaco fetale in corrispondenza del quadrante inferiore di destra, mai non riuscì invece a farci percepire il soffio uterino, invano ripetutamente cercato.

La pelvimetria esterna dava le seguenti misure:

Circonferenza pelvica	ctm.	71
Distanza fra le S. I. A. S.	»	22
» creste iliache	»	22
Diametro obliquo sinistro	»	23
» » destro	»	24
Conjugata esterna	»	16

L'ispezione ed il riscontro vaginale ci mostravano:

Genitali esterni coi caratteri della primiparità, vagina piuttosto angusta e non cedevole, porzione sottovaginale del collo uterino rammollita a contorno regolare, a forma conica coll'apice in basso.

L'apice introdotto raggiunge molto facilmente il promontorio sacro vertebrale molto esteso; l'intero sacro è spinto all'avanti ed al basso: facile riesce pure il toccare le regioni laterali della pelvi; si deve inoltre aggiungere che il cotilo sinistro è marcatamente

spinto all' interno, per cui di molto ridotta la microcorda sinistra.

La conjugata diagonale o distanza promonto-sotto-pubica ripetutamente misurata (e da differenti persone) diede una lunghezza media di mm. 78. Si convenne eziandio che per le condizioni di quel bacino, tenuta anche a mente l'altezza della sinfisi pubica che era alquanto maggiore, che non convenga a bacino normale, la deduzione minima dovea essere di 13 mm, almeno.

Riassumendo adunque, potevamo così formulare la diagnosi: Primipara, gravida nel corso dell'ottavo mese, rachitica con pelvi arrestata nel suo sviluppo e deformata irregolarmente, od in altre parole, pelvi rachitico-atrofica irregolarmente ristretta e più allo stretto superiore con una C. V. di mm. 65, con forte riduzione della metà sinistra della pelvi.

La riduzione della pelvi nella metà sinistra trovava per fattori da una parte la scoliosi dorso-lombare a destra e la consecutiva deviazione a sinistra della base del sacro, e dall'altra ed in modo prevalente il notevole infossamento del cotilo sinistro.

Ed ora parliamo della terapia. Il risultato dell'esame ci lasciava senza alcun dubbio intorno alla impossibilità di un parto spontaneo, e nello stesso tempo ci dimostrava che anche il parto prematuro mai avrebbe raggiunto lo scopo che dovrebbe prefiggersi, dare cioè un bambino vivo e vitale, e salvare la madre.

Non restava la scelta che tra due vie: od embriotomia a feto vivo, od operazione cesarea. E giacchè i felici esiti che da tre anni si succedono ci facevano propendere a quest'ultimo partito, volemmo anche interrogare in proposito la donna. E la donna, sebbene illegittimamente madre, pure preferì quest' ultimo compenso terapeutico persistendo più che mai più tardi, incoraggiata dalla conversazione con la compagna operata quattordici giorni prima.

Si decise adunque di aspettare il termine della gravidanza, ed ai primi segni del travaglio passare al taglio cesareo, facendolo poi susseguire dall'amputazione utero-ovarica. Per le ragioni esposte, si preferì operare prima del dichiarato travaglio.

Negli ultimi giorni comparve discreto edema al dorso ed agli arti inferiori. L'esame delle urine non dimostrò mai la presenza di albumina.

Il giorno 21 ottobre la donna incominciò ad avvertire le prime contrazioni dolorose che il 22 si fecero più frequenti e più in-

tense. Il 22, alle 3 pom., il collo uterino sebbene non ancora disfatto, era però di molto raccorciato, il vertice fetale sempre altissimo, le contrazioni più valide e frequenti, per cui si decise di operare quella sera stessa.

Premesse le solite precauzioni antisettiche, funzionando i polverizzatori a vapore, ed ottenuta la completa narcosi cloroformica, il prof. Chiara passò alle 9 20 pom. all'atto operativo.

Richiamo l'attenzione sopra un fatto che sembrerà di poco momento, ma che però può essere molto importante.

Quando si parla di taglio cesareo, si dice che sono necessari per lo meno cinque assistenti. Orbene, è questa la terza volta che nell'Ospizio milanese l'operatore non ha che due assistenti che alla lor volta pensano anche alla cloro-narcosi, e tuttavia l'atto si compie senza il più piccolo accidente riferibile alla mancanza di ajuti.

Divise le pareti addominali, prima di incidere l'utero si fissò il peritoneo parietale dell'angolo inferiore della ferita addominale alla cute corrispondente mediante tre punti di sutura nodosa con seta, e ciò si fece per esser più certi che peritoneo parietale e peritoneo del moncone uterino venissero poi perfettamente a contatto.

L'atto operativo fu compiuto senza incidenti notabili: dirò solo che per quanto l'operatore tentasse, dovette rinunciare all'estrazione del feto *capo previo* e fu costretto a compierla sopra uno degli arti podalici.

La costrizione del cono fu fatta con filo di ferro montato sopra un costrittore di Cintrat. Ottenuta costrizione sufficiente ed attorcigliato il filo, al terzo giro questo si ruppe al di qua del punto attorcigliato, per cui la costrizione fu egualmente bene ottenuta, ma per esserne garantiti, si passò immediatamente al disopra un secondo filo. Anche in questo caso, al disopra dei cingoli strozzanti si collocò un robusto ago. La sutura delle pareti si fece con seta fenicata (7 punti).

I costrittori furono tolti subito dopo.

L'atto operativo durò complessivamente 50 minuti. Non si ebbe accidente alcuno. La perdita di sangue può valutarsi a meno di gr. 200.

Il feto, lievemente asfittico ma subito rianimato, era una femmina a termine di mediocre sviluppo.

Eccone le dimensioni ed il peso:

Peso grm. 2870
Lunghezza mm. 485 (250-235)

Mento occipitale	mm.	125
Fronto-occipitale	»	116
Biparietale anatomico	»	87
» ostetrico	»	85
Sottoccipito bregmatico	»	100
» frontale	»	105
» mentoniero	»	90
Bimastoideo	»	78
Mento bregmatico	»	105
» frontale	»	80
Trachelo frontale	»	80
» bregmatico	»	90
» occipitale	»	100
Biacromiale	»	115
Sterno-dorsale	»	89
Sacro-pubico	»	50
Bitrocanterico	»	90

Gli annessi fetali pesano gr. 500.

L'utero tocca i 620 gr., ha un diametro trasverso di 12 cent. ed uno verticale di 11; l'incisione sulla parete anteriore è caduta alquanto a sinistra e misura 10 ctm. La placenta si inseriva posteriormente alquanto a destra e verso il fondo. Il corpo luteo è nell'ovajo sinistro.

Il moncone uterino fu medicato con il cotone al percloruro di ferro: il restante con la consueta medicazione listeriana.

L'andamento successivo fu dei più miti.

Ecco la linea termica offerta dalla operata durante i primi 10 giorni:

1°	giorno	8 ant.	37.4	2 pom.	38	8 pom.	37.8
2°	»	»	37.5	»	37.6	»	37.8
3°	»	»	37.8	»	37.4	»	37.6
4°	»	»	37	»	37.3	»	37.5
5°	»	»	37.2	»	37.7	»	38.7
6°	»	»	37.8	»	38.1	»	37.9
7°	»	»	37.3	»	37.5	»	37.4
8°	»	»	37	»	37	»	37.5
9°	»	»	37.1	»	37.4	»	37.4
10°	»	»	37.2	»	37.3	»	37.7

Da quest'epoca la temperatura non toccò più il 38°. Noteremo che durante il primo giorno provò la donna intenso dolore al sito della ferita che cedette però all'applicazione topica del ghiaccio ed all'uso ipodermico della morfina.

La prima medicazione fu fatta al quinto giorno e poi tutti i dì. Una sola cosa è da notarsi: la formazione, cioè, di un limitato ematoma nel terzo superiore della superficie del moncone: accidente che ci convinse ancor più sulla utilità dell'impiego del cotone al percloruro di ferro.

La pisciata fu spontanea solo in quinta giornata, ed anche in questa operata si ebbe verso il decimo giorno limitato processo catarrale alla vescica.

In ottava giornata s'incominciò a tosare il moncone ed a togliere qualche punto di sutura; all'undicesima giornata il moncone era caduto e con esso l'ago ed i due cerchielli di filo di ferro, il cui diametro era di mm. 26.

In diciottesima giornata si alzò ed il 27 novembre abbandonava l'Ospizio, mantenendosi però un piccolissimo seno fistoloso all'angolo inferiore della ferita che conduceva in quel che rimane del canale cervicale e che fra qualche dì sarà completamente cicatrizzato.

Terminerò con il dire che anche in questa donna come in tutte le altre, la rivoluzione lattea fu abbondante.

LOCHIAZIONE

Studio clinico sperimentale

del Dottor **OTTAVIANO MARCHIONNESCHI**

Aiuto alla Clinica Ostetrica e Ginecologica della R. Università di Pisa

diretta dal Cav. Prof. **CARLO MINATI**

PARTE PRIMA.

Lochiazione, secreto lochiale, flusso puerperale, lochi, sono tutte denominazioni eguali, scelte a significare la perdita di un liquido speciale e caratteristico che la donna dopo il parto dura per qualche tempo ad avere e precisamente fino al perfetto ritorno dell'utero nello stato e condizioni proprie di vacuità. Espulso il feto, distaccata ed uscita fuori delle parti genitali la placenta, con le membrane, segue immediatamente un flusso sanguigno assai precipitoso e di non scarsa quantità. Dopo di esso scorre per il canale cervico-vaginale ancora del sangue, il quale viene all'esterno meno rapido e a poco a poco non più solo, ma commisto agli elementi anatomici e di secrezione delle superfici che tocca per via. La secrezione lochiale vera e propria è così iniziata. L'uscita di questo liquido è aiutata e fatta anche più copiosa quando si determina la contrazione uterina che si annunzia, alle pluripare in ispecie, con dolori talora eccessivi ed insopportabili (morsi uterini); in seguito l'escreto lochiale fluisce per la ragione anche della gravità, nonchè per il continuare dell'azione di retrattilità spiegata dalla vagina, dall'utero puerperale e per la cui opera questo viscere va via via riprendendo il volume e la situazione che aveva prima della gravidanza.

Questa lochiazione, nel suo tipo normale, ordinario, fisiologico, come vogliamo prenderla e considerarla noi, ha caratteri di una certa importanza come il colore, la densità, l'odore, la reazione, la costituzione o qualità, la quantità, l'andamento, la durata, le variazioni, su tutte le quali cose è pur d'uopo spendere una parola.

Pel *colore* diverso secondo la varia distanza di tempo dal giorno del parto, assunsero i prodotti lochiali nomi differenti. Si chiamarono rossi, rosso-chiari o biancastri e bianchi, od in altro modo sanguigni, sanguinolenti, sierosi e muccosi.

Così divisi, si determinò la durata di ciascuna varietà di essi. I sanguigni puri si osservarono mantenersi per 24 ore; i siero-sanguigni o sanguinolenti, fino al terzo giorno di puerperio; i sierosi puri dal terzo al sesto, ed i muccosi dal sesto giorno finchè sussiste lo stato puerperale. Lo scolo lochiale dei primi giorni cadendo sulla biancheria vi produce macchie rosse o rossastre al centro, gialliccie alla periferia. Ma prima di passare oltre, è giusta questa denominazione dei lochi, che si basa tutta su due dati fisici, quali il colorito e l' apparente qualità, l' aspetto? Rispondiamo francamente di no. E le ragioni si comprendono con facilità. Non è netta, non è sicura, non è costante a quel dato giorno una medesima colorazione dell'escreto lochiale. Nelle molte puerpere da me tenute d'occhio, il colore rosso più o meno intenso nella lochiazione si mantenne, sempre in casi normali, anche qualche giorno al di là dell'epoca assegnata nei trattati per la sua cessazione.

E la qualifica troppo assoluta di sanguigni, di siero-sanguigni, di muccosi, neppure regge alla critica, giacchè la costituzione di questi prodotti è più complessa (e lo potei vedere al microscopio) di quello che non lo significhino volta a volta quei nomi adottati per comodo di classazione e della pratica usuale specialmente delle levatrici.

A noi pare che si dovrebbe tener conto delle principali note più caratteristiche della lochiazione e tutte usufruirle nella distinzione che in due o tre periodi si volesse fare di essa.

Odore. — Subito dopo il parto fino a 24 o al più 48 ore il sangue che scola dai genitali e che costituisce il primo periodo della lochiazione ha un particolare odore, quello di pan fresco o di liquido amniotico, che è preziosissimo mezzo per riconoscerlo. (Minati, *Ostetricia Minore,* Lezioni di Carlo Minati, Prof. ordinario nella R. Università di Pisa - Hoepli, Milano, 1881). — 24-36-48 ore dal parto acquistano poi i lochi un odore forte, penetrante, nauseabondo, che verso il quinto giorno in ispecie cresce d'intensità, spandendosi anche intorno al letto della puerpera. Quest' odore non ha riscontro con altri conosciuti e si chiamò per questo, odore *sui generis,* grave odore puerperale.

Reazione. — È da prima fino al quinto giorno alcalina, secondo quanto ci riferisce il Wertheimer; nelle mie note però trovo che spesse volte anche nei primi giorni si appalesò piuttosto acida. Tale la riscontrai, ed una sola volta nel primo giorno, più spesso nel terzo, quinto ed ottavo.

Dal quinto al settimo, danno i lochi reazione neutra e dall'ottavo al nono si mantiene una reazione neutra o si ha la reazione acida (Wertheimer). Quest'ultima io constatai frequentissime volte nei giorni così lontani dal parto.

La *densità* sul principio è poca, in ispecie quando i lochi assumono l'aspetto biancastro o di lochi sierosi. È rilevante invece quando, trascorso il sesto giorno, prendono l'aspetto del latte e contengono in quantità mucco, epitelii, albumina e poi mucina. Sono allora veramente cremosi ed anche vischiosi. Lasciano sul panno una macchia (F. Gosse) color bianco-scuro e che dà poi, quando è essiccata, una consistenza al tessuto, pari a quella che potrebbe fornirgli la colla.

Quantità. — Riporterò qui soltanto il frutto delle altrui ricerche, scegliendo quelle del Gassner, il quale ha concluso che la quantità totale di tutto il secreto lochiale è di chil. 1,085 nelle donne che allattano e di chil. 1,880 nelle altre.

La media dei lochi così detti rossi (dal primo al terzo giorno secondo Gassner stesso) diede	chil.	1,000
La media dei lochi sierosi (dal quarto al quinto) .	»	0,280
» dei muccosi (dal sesto all'ottavo) . . .	»	0,205
Totale dei primi otto giorni . .	chil.	1,485

Altri calcolarono la quantità dei lochi numerando i panni occorsi per raccogliere la secrezione lochiale. Così fu osservato che in media il primo giorno (sempre nei casi normali) si impiega una dozzina di panni. Dal secondo all'ottavo diminuiscono di due ogni giorno finchè si riducono costantemente a due per ogni ventiquattr'ore durante tutto il periodo puerperale (Minati). Si fece attenzione alla quantità più costantemente conservata in corrispondenza di quel leggero movimento febbrile che coincide a volte con lo stabilirsi della secrezione lattea; e considerando il rapporto tra la quantità di allora e di altri momenti fu confermato che in tal'epoca i lochi diminuivano.

Durata. — In ogni trattato d'ostetricia si parla di quaranta

giorni assegnati in media alla durata della lochiazione; ma in sostanza non dura quasi mai tutto questo tempo od almeno si vede che i lochi fluiscono con una certa regolarità e *quasi* continui soltanto fino a 18 o 20 giorni, ma non costantemente.

Corso e andamento — Subito dopo l'espulsione della placenta secondo il Joulin, la perdita dei materiali di lochiazione si farebbe lentamente ed in piccola copia; passata però una qualche ora, il flusso è più abbondante e più pronto: già avvertimmo poco sopra che durante la febbricula, impropriamente chiamata del latte, notevolmente diminuisce, ma talvolta è anche soppresso.

I primi otto o nove giorni questo scolo ha una certa continuità sospendendosi solamente dapprima per pochi minuti, in seguito per una o più ore soltanto. Ma da quest'epoca in poi io vidi le puerpere stare ancora mezza giornata e fin tutta una notte, prive del menomo indizio esterno di lochiazione e senza che venisse ad alterarsi la normalità del puerperio. Così dopo una interruzione temporaria vidi riprendere talora ai lochi la regolarità e continuità dei primi giorni.

Giunti al diciottesimo o ventesimo giorno talora la soppressione si spinge fino a 2-3 giorni e più, sicchè da talune donne si aspetta allora il capo-parto ossia il termine dello stato puerperale, annunziato nelle donne che non allattano e *più di rado* anche nelle nutrici, da una discreta perdita di sangue dai genitali, da una specie di mestruazione.

L'andamento comune ordinario tipico della lochiazione è quello che io descrissi; ma non sempre le cose passano così, non sempre i lochi fluiscono sanguigni da principio, poi biancastri ed infine bianco-lattei o muccosi. Accade ancora che in seguito a qualche infrazione alle più elementari leggi d'igiene, torna il sangue a mescolarsi all'escrezione lochiale, quando questa aveva già cessato di contenerne o si sospende ad un tratto la lochiazione stessa od invece dell'odore speciale che accennai, v' ha una tale fetidità da mettere in sospetto di qualche processo morboso che siasi, con danno della puerpera, incoato.

Ma queste deviazioni dall'andamento della lochiazione se attestano un'irregolarità, non giungono però sempre fino a farsi la espressione sintomatica di un processo puerperale vero e proprio, poichè non ostante esse la donna può trovarsi in condizioni della salute generale rassicuranti.

A proposito di variazioni individuali, il Naegele notò più co-

piosa la lochiazione nelle donne pletoriche che hanno mestruazione ordinariamente abbondante, e fanno uso di un vitto eccitante e nutriente assai. Anche la secrezione del sudore come quella del latte danno a conoscere un qualche rapporto con la lochiazione a riguardo della quantità ed alla durata di quest'ultima.

L'*involuzione dell'utero* (fatto molto connesso con la lochiazione) non si effettua troppo uniformemente nè tanto sollecitamente da ridurre il volume dell'organo uterino alle proporzioni volute perchè sia di nuovo del tutto e ben presto allogato nella cavità della pelvi: ma invece io potei mettere in evidenza che alla seconda settimana o meglio verso il finire di essa il fondo uterino trovasi ancora un poco avvertibile sopra la branca orizzontale e la sinfisi del pube.

A persuaderne il lettore io dirò che al sesto giorno notai, dietro misure fatte su molte puerpere in istato di apiressia, il fondo uterino elevato in media di ctm. 12 sopra la sinfisi del pube, e misurando sempre da questo punto al fondo dell'utero stesso anche all'11°, 12°, 13° giorno rimanevano costantemente dai 5-4 ctm. di sporgenza. Concludiamo per ciò che non ci si deve allarmare se verso la fine della seconda settimana, dall'11°-12° giorno, l'utero non rientrò ancora nel piccolo bacino. Deve bastare a noi che si avveri un qualche giornaliero progresso nel lavorio di riduzione del volume dell'utero e che il generale della puerpera e le condizioni dei lochi non subiscano alterazioni. E questo il più spesso si accertò. Ma se poi per un giorno, o progresso di riduzione volumetrica manchi od anco in sua vece abbiasi un aumento leggero, quando già l'involuzione era bene avviata, si indaghi e se ne troverà non difficilmente il motivo in qualcuno di quegli errori dietetici tanto frequenti nelle puerpere, specialmente in quelle che in lor vita poveretta assaggiarono un vitto scelto ed abbondante solo il giorno che ricorsero all'Ospizio; e ugualmente accadrà sotto l'influenza di una qualche azione reumatica, ecc La retrattilità e la sottrazione dei materiali di nuova formazione nell'utero, non si compieranno più normalmente, d'onde la mancata riduzione in esso ed il suo relativo lieve aumento; questo fu osservato non di rado anche in corrispondenza del giorno che suole dichiararsi decisa la funzione mammaria in ispecie se vi coincideva una elevata temperatura ascellare, intanto che come già altrove espressi anche i lochi nella loro quantità contemporaneamente offrono diminuzione.

TAVOL

Giorno del puerperio	Cognome	Pressione barometrica	Temperatura della stanza	Involuzione dell'utero	Tempera ascella
Primo	Moch,	P. 29 6/10	10 R.	C. 12	36 8/10
	Bucch.	29 3/10	28 1/2 C.	17	37 8/10
	M. 3	29 9/10	28 1/2 C.	20	36 7/10
	Bonet	?	?	?	?
	Nas. M.	?	?	?	?
	Stil.	29 7/10	12 R.	18 1/2	37
	Bonf.	29 9/10	10 1/2 R.	19	36 6/10
	Rom.	29 6/10	13 R.	17	36 6/10
Secondo	Moch.	P. 29 6/10	10 R.	C. 12	37 3/10
	Bucch.	29 3/10	28 C.	15	37 4/10
	M. 3	29 3/10	28 C.	16 1/2	37 7/10
	Bon.	29 3/10	21 R.	17	37 2/10
	Nas.	28 5/10	8 1/2 R.	14	36 5/10
	Rov.	29 7/10	12 R.	15	36 2/10
Terzo	Moch.	P. 29 3/10, 1/2	10 R.	C. 10	37 5/10
	Bucch.	29 4/10	27 1/2 C.	13	36 9/10
	M. 3	29 4/10	27 1/2 C.	14	36 8/10
	Bon.	29 3/10	22 R.	14	36 7/10
	Nas.	26	9 R.	?	37 7/10
	Rov.	29 7/10	12 R.	16	36 2/10
Quarto	Moch.	P. 29 7/10	10 1/2 R.	C. 9 1/2	37 5/10
	Bucch.	29 4/10	28 C.	12	36 7/10
	M. 3	29 4/10	28 C.	16	37 8/10
	Bon.	29 3/10	21 1/2 R.	15	37 7/10
	Nas.	24 5/10	9 R.	12	37
	Rov.	29 7/10	12 R.	12	36 7/10
Quinto	Moch.	P. 29 5/10	11 R.	C. 9 1/2	37
	Bucch.	29 3/10	27 C.	10	36 4/10
	M. 3	29 3/10	27 C.	13	37 2/10
	Bon.	29 3/10	21 R.	11	37 4/10
	Nas.	30	8 C.	11 1/2	37 4/10
	Rov.	29 6/10	12 R.	15	35 7/10
Sesto	Rom.	P. 29 4/10 1/2	12 R.	C. 13	36 3/10
	Bucch.	29 3/10	26 1/2 C.	12	36 4/10
	M. 3	29 3/10	26 1/2 C.	10	37 1/10
	Bon.	29 4/10	21 R.	17	36 6/10
	Nas.	30	8 R.	11	36 5/10
	Rov.	29 8/10	12 1/2 R.	13	35

PRIMA

Temperatura vaginale	Pulsazioni	LOCHIAZIONE	OSSERVAZIONI
4/10 C.°	66	Scarsa siero sang. od. normale	Morsi
5/10	66	—	
8/10	72	—	
?	?	—	
?	?	—	
8/10	60	Siero sang. abbondante	Operata
	48	Sanguigni	
	78	Reaz. acida sang. copiosi	Operata
C.°	66	Siero sang. discretam. copiosa	Secrezione lattea
9/10	60	Sanguigna	
2/10	66	—	
5/10	66	—	
4/10	54	Siero sang. copiosa od. norm.	Morsi ut. forti; non allatta
4/10	63	Scarsa sang. odore normale	
4/10 C.°	66	Odore forte, scarsa poco sang.	
6/10	60	—	
5/10	66	Sanguigna, fetida	
7/10	54	—	
5/10	50	Cop. rossa intensa od. norm.	
9/10	60	Scarsa sanguigna vischiosa	Secrezione lattea
4/10 C.°	48	Od. forte, scarsa, non continua	
8/10	60	—	
3/10	60	—	
1/10	60	Giallo rossigna	
1/10	66	Copiosa, siero sanguigna	
7/10	60	Scarsa sanguigna: grum.	
9/10 C°.	?	Scarsa	
8/10	60	Sanguigna	
8/10	54	Bianco giallognola	
8/10	49	Giallognola	
3/10	66	Odore grave, sierosa chiara	Lieve emorragia
5/10	66	Non continua, scarsa sang.	
8/10 C.°	78	Sang. copiosa, odore grave	
4/10	60	Sanguigna	
6/10	60	Leggermente rossastra	
7/10	48	Biancastra	
7/10	60	Scarsa, sierosa, biancastra	
5/10	62	Copiosa, sanguigna	Morsi uterini

Temperatura vaginale durante la lochiazione. — La media delle osservazioni termometriche in vagina ed all'ascella furono le seguenti:

Giorni	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Temp. vaginale	37,7	37,7	37,7	37,5	37,8	37,6
» ascellare	36,9	37,0	36,9	37,2	36,8	36,3

Limitai le mie ricerche ai primi sei giorni, avendone già eseguite di consimili per gli altri giorni di puerperio, in un mio lavoro pubblicato negli *Annali d'Ostetricia* ecc., diretti dal Cavaliere Prof. Domenico Chiara, anno 1881, vol. III, v. *Termometria in Ostetricia.*

Nella qui unita tavola grande, che riassume un buon numero delle note da me prese, contemporaneamente ad altri esami sulla lochiazione da riferirsi più oltre, indicai per ordine lo stato del polso, le due temperature suddette, la pressione barometrica, la temperatura della stanza, l'involuzione uterina e la qualità dei lochi per ogni puerpera.

Da questa tavola togliendo la media delle pulsazioni della radiale, veniamo a sapere che il polso durante la secrezione lochiale è quale il Mac Klintoch ed il Blot già l'avevano determinato e confermato Pajot, cioè il *pulsus tardus.* La media della totalità degli esami da noi fatti ci porta poi a ritenere per polso normale della puerpera quello di 59-60 battute a minuto, ossia una cifra assai inferiore a quella stabilita dal Blot. Presentemente ho in cura una puerpera nella quale il polso oscilla dalle 38 alle 42 battute al minuto.

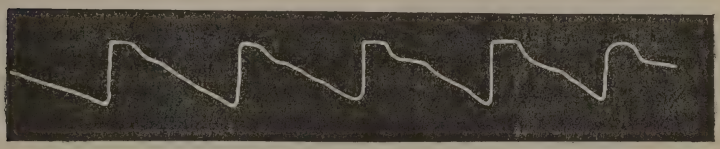
Per i giorni seguenti al sesto di puerperio non potei mettere insieme che pochi appunti insufficienti, io credo, per stabilirvi alcuna media, e ciò perchè le donne che vengono a partorire alla Maternità, lasciano l'Ospizio intorno a quel tempo e spesso è ancora con grande difficoltà che si riesce a persuaderle, per il loro bene, di trattenersi tutti quei sei giorni. Volendo poi conoscere il polso notato in ciascuno di detti giorni, la medesima nostra tavola ci offre tale comodità. Così per il primo ottenemmo pulsazioni 65, per il secondo 62, per il terzo 59, il quarto 59, il quinto 59, il sesto 61.

Non raccolsi neppure molte linee *sfigmografiche* dalle quali poter dedurre notizie utili a fissare con precisione la figura del polso

puerperale. Gli studi fatti finora hanno già portati ottimi frutti, ed io qui mi valgo volentieri dei lavori del Marey, del Lorain e del Dumas, che ritengo superiori ad ogni elogio. Osserva giustamente quest'ultimo professore che la lentezza del polso è un fenomeno congiunto all'aumento della tensione arteriosa, modificazione fondamentale della circolazione dopo il parto (Marey).

Polso puerperale (Marey).

Polso lento delle puerpere (Lorain).



Polso tipico puerperale (Lorain).

La *sfigmografia* del polso puerperale si caratterizza per tre fatti principali.

1° La verticalità più o meno pronunziata della linea ascendente, che spesso ha un'ampiezza maggiore che allo stato normale.

2° La formazione più o meno netta di una spianata (d'un *plateau*), indizio della tensione arteriosa.

3° L'allungamento della linea discendente e la sua tendenza ad accostarsi all'orizzontale, ciò che è in rapporto con il rallentarsi del polso (Dumas).

Temperatura vaginale e involuzione uterina in confronto. — Volli ancora scoprire qual nesso passasse fra la progrediente riduzione del volume dell'utero e la temperatura vaginale. Non sembrandomi scevra affatto d'interesse scientifico la conoscenza di questi dati, li riferisco qui senz'altro aggiungervi che una riflessione naturalissima dopo vedute le cifre corrispondenti, ed è la seguente: *La temperatura della vagina fu sempre più elevata ne' minimi gradi*

di grossezza dell'utero, ossia con *l'utero più ridotto e si fece vedere sempre più bassa quando l'utero era più voluminoso.*

Infatti con un volume di utero·

Dai	17-20	ctm.	la temperatura	vaginale	risultò	37,5
»	15-17	»	»	»	»	37.5
»	13-15	»	»	»	»	37,3
»	11-13	»	»	»	»	37,6
»	11-9	»	»	»	»	37,9

Per altre notizie che importi raccogliere sul puerperio, si consulti la Tav. I che ne compendia parecchie.

Costituzione istologica della lochiazione. — E questo un punto interessantissimo nello studio sui lochi, poichè dal loro differente composto, dalla conoscenza completa di essi, dipendono molte questioni attinenti alla profilassi dello stato puerperale ed alla terapia dei processi morbosi che lo riguardano. Mi tratterrò quindi non brevemente su ciò. E poichè la decidua uterina entra con i suoi elementi ed insieme a quelli della superficie interna dell'utero nella costituzione lochiale, non sarà qui fuori di luogo un cenno sulle più importanti notizie scientifiche moderne che la concernono.

Secondo il Kölliker la *caduca vera* è la muccosa stessa dell'utero, la quale ha subìto una *trasformazione* e non si deve ritenere nè per un prodotto di nuova formazione, nè per il risultato d'una particolare essudazione; conta numerosissimi vasi sanguigni.

Vi manca l'epitelio vibratile dell'utero, nè si deve credere che un altro nuovo lo abbia sostituito.

Nello spessore della caduca sta una sostanza fondamentale amorfa: vi si addentrano parti figurate, così vasi in gran numero, glandole trasformate e più che altro cellule rotonde e fusiformi. Le cellule rotonde sono voluminose, hanno contorni netti, alcune poligonali, e di più nuclei e nucleoli. Non di rado vi coesistono cellule analoghe ai globuli della linfa. L'aspetto della caduca vera, a metà della gravidanza, è di una membrana cribriforme.

Caduca reflessa. — Con la sua superficie esterna tocca la parete uterina; è libera, liscia e senza epitelio, a metà della gravidanza; con la faccia interna corrisponde al corion, ed anche vi si salda per le piccole villosità. A metà della gravidanza non contiene più

vasi; così neppure glandole, ossivvero soltanto appena qualche traccia di esse, in ispecie nel luogo dove si riunisce alla *vera*.

A metà della gravidanza il tessuto ha molta somiglianza con quello della caduca vera. Risulta però di un maggior numero di cellule rotonde e cellule fusiformi con minore sostanza frapposta, ma più omogenea. Queste cellule sono più appiattite: più frequentemente vi si riscontrano cellule poligonali epiteliformi, più raramente i grossi elementi vescicolari. Alla fine della gravidanza si saldano la caduca vera e la riflessa e formano un unico sottilissimo strato.

Il tessuto delle due caduche a termine della gestazione è in genere quello che era per l'addietro; allora le grosse cellule sferiche si sviluppano grandemente, nella *reflessa* queste invece mancano, mentre vi predominano gli elementi poligonali fusiformi appiattiti. In quest'ultima si vedono non rare fini gocciolette di grasso.

Il più spesso la caduca vera possiede molti vasi alla fine della gravidanza, in ispecie nei suoi strati più interni. Nella muccosa dell'utero gravido stanno moltissime lacune linfatiche intorno alle glandule ed ai vasi.

Nella *placenta uterina* propriamente detta, Köllicker distinse una *porzione caduca* (serotina) che ne sarebbe la parte la più profonda ed un'altra porzione *non caduca* o *fissa* che sta sullo strato muscolare dell'utero anche al momento del parto.

Le due porzioni riunite rispondono alla caduca vera e ne portano da bel principio struttura consimile in ispecie per le glandule. In seguito, ed anche già verso la metà della gestazione, le glandule otricoliformi si atrofizzano, mentre coincidentemente i vasi acquistano un marcatissimo sviluppo. Infine non residua più che una sostanza connettiva molle e vascolarissima.

Riassunte così le principali idee del sommo anatomico Kölliker, ci piace dichiarare che se le riportammo, fu solo perchè ciò stimammo utile e necessario, essendo esse ancora seguite da un gran numero di scienziati; ma dobbiamo dichiarare altresì che esse vanno ogni giorno perdendo terreno per far posto alle celebri scoperte dell' Ercolani, il quale può or ora gridare vittoria con soddisfazione grandissima per lui e per l'Italia che si onorerà sempre come già si onora d'avergli dato i natali. L'Ercolani dimostrò con argomenti irrefragabili, con fatti eloquentissimi che la decidua oggi a ragione non più creduta un'*essudazione uterina* (*teoria di Hunter*)

non era neppure una *trasformazione della muccosa della matrice o del suo strato glandulare,* teoria della quale il Coste passò per fondatore. Primieramente Ercolani fece toccare con mano che lo interno rivestimento dell'utero non meritava il nome di muccosa, perchè tale non era, ma risultava invece di un *semplice strato epiteliale con la sua esile lamina di sostegno;* importantissimo fatto che il Romiti sostenne con la sua vasta dottrina e confermò dimostrandolo ad evidenza nelle sue belle e dotte lezioni di anatomia umana. Secondariamente l'illustre Ercolani potè provare che questa decidua o caduca uterina dovevasi ritenere per un *vero neoplasma,* per una *neoformazione fisiologica. La neoformazione deciduale* per l'Ercolani *si deve ad una formazione di capillari costituiti dal solo endotelio ed elaboranti o producenti da questo le cellule deciduali.* La decidua reflessa ha la medesima struttura cellulare e la serotina è la porzione di decidua corrispondente all'uovo.

Concludendo e riepilogandoci con le parole stesse del prof. Romiti (1), si può affermare che muccosa uterina nel vero senso della parola non esiste, che subito dopo il concepimento l'epitelio dell'utero si disfà e cade, che le glandule otricolari non hanno che fare con la formazione deciduale, la quale ha luogo al di sopra di esse.

Nella costituzione o qualità dell'escreto lochiale penso di dovere distinguere un composto che è tutto di elementi anatomici ed un altro rappresentato da elementi parassitari. Qui mi occuperò solo dei primi e tratterò degli altri nella seconda parte di questo studio.

Per gli accurati studi del Wertheimer la *composizione fisiologica* dei lochi sarebbe questa. Dopo il parto e per la durata variabile da poche fino a ventiquattr'ore, lo scolo lochiale è sanguigno, mescolato a grumi fibrinosi, indi segue un liquido sieroso con muco vaginale in proporzioni diverse. Al microscopio vi si notano corpuscoli sanguigni, cellule epiteliali, corpuscoli muccosi, granulazioni isolate e talora frustoli di caduca o di placenta.

---

(1) Romiti Guglielmo, professore d'anatomia umana nella R. Università di Siena *Lezioni di embriogenia umana e comparata dei vertebrati.* Parte I, *Embriogenia generale.* Siena, Tip. dell'Ancora, di G. Bargellini, 1881.

È un libro sotto ogni aspetto meritevole del più alto elogio, e per il bene degli studiosi, della maggiore diffusione.

Dal quinto al settimo od ottavo giorno la lochiazione spesse volte è ancora in parte di natura sierosa; ai globuli rossi del sangue sonosi sostituiti globuli purulenti e per essi il colore del liquido diviene bianco o grigiastro. Dall'ottavo e nono fino al capoparto, se non si ha nuovo ed anormale flusso di sangue, prende il liquido una consistenza maggiore. Oltre agli elementi suddetti il microscopio vi fa scorgere ancora corpuscoli del tessuto cellulare embrionario o in via di formazione, cellule stellate o fusiformi e cristalli di colesterina.

Questa descrizione poco differisce da quella già maestrevolmente data dal dottissimo istologo Robin, il primo a portare larga contribuzione di nuove ed esatte cognizioni sul composto lochiale. Robin aveva notato che alla fine del primo giorno i globuli rossi stanno a rappresentare non più di un terzo nel liquido allora siero-muccoso dei lochi: il resto dell'escreto lochiale si compone di leucociti, di cellule d'epitelio vaginale pavimentoso con nucleo ovoide, alcune sferoidali od un poco poliedriche e con nucleo sferico. Il liquido è vischioso, ha l'odore delle acque dell'amnios, colore rosso: vi si vedono granulazioni molecolari grigiastre numerosissime ed alcune piccole granulazioni grassose. Al secondo giorno i leucociti sopravvengono in numero maggiore dei globuli rossi e quindi il colore ne è rossastro o come lavatura di carne. Dal terzo al quarto, di rado soltanto al quinto, il colorito del liquido si fa bianco-grigiastro o giallognolo. Globuli rossi in diminuzione progrediente finchè non se ne troverà più uno (al settimo). Globuli bianchi numerosissimi grossi e granulosi, diminuzione dello epitelio. Le granulazioni grigiastre sono più copiose a puerperio avanzato, non così i granuli grassosi che rimangono in proporzione minore. In quest'epoca sonvi più abbondanti i leucociti granulosi. Scherer poi avrebbe anche notato che dopo alcuni giorni di puerperio l'epitelio scompare affatto, scarseggiano, come altri disse, i globuli rossi, l'escrezione diviene giallo-pallida e ricca di globuli muccosi. Indi di nuovo torna l'epitelio, la secrezione si fa vischiosa e vi si scopre la mucina.

Costituzione chimica — Oltre le sostanze notate ricordando la costituzione istologica, l'analisi chimica vi confermò la presenza dell'albumina da principio, poi della mucina quando la secrezione si incominciò a fare vischiosa e sviluppo di ammoniaca nel caso di decomposizione di lacerti di caduca, di membrane, ecc. Vi si notarono pure i cristalli di colesterina.

Gautier in questa analisi non si occupò che di constatare la reazione alcalina del muco cervicale e la reazione acida di quello della vagina.

Bisogna concludere che questa parte di studio è ancora nella sua infanzia.

Tutto ciò per l'elemento anatomico. Possono trovarsi nei lochi varie altre sostanze organiche ed inorganiche; le più di derivazione fetale; ma sono inconstanti. I lochi contengono pure parassiti ed organismi inferiori. Vi si presenta talora il *trichomonas*. Io ve lo riscontrai una sola volta e in una donna, nella secrezione vaginale della quale ebbi a vederlo anche durante la gravidanza. Trattavasi d'un soggetto, è bene avvertirlo, nemico giurato d'ogni pratica di elementarissima igiene; era una donna che non curavasi, se non reiteratamente costretta, di fare la benchè semplice toelette igienica dei genitali. Il *leptothrix* e l'*oidium* sono due altri organismi inferiori non difficilmente reperibili nei lochi. Altri ancora vi possono essere alloggiati (vedremo in seguito se fisiologicamente o no) e questi sono configurati in varie guise, così per dirne alcune, come vescicoline, punti, cilindretti, ecc. Delle loro precise forme, caratteri speciali e disposizioni, tratterò più oltre a lungo e quanto può meritare certamente il tema, tutt'ora palpitante di novità.

Perchè desidero che questo mio studio possegga carattere veramente dimostrativo, o quale deve sempre avere un lavoro nato dalla osservazione e dall'esperimento, trascrivo alcune delle principali note da me prese nei numerosissimi esami che istituii sui lochi di puerpere sane. Per non sovraccaricare lo scritto di un gran numero di queste osservazioni, pensai di scegliere quelle che mi parvero le più importanti, inserendone anche talune riguardanti lochiazioni che sotto qualche aspetto non sembrerebbero meritare il titolo di *normali*, sebbene poi in sostanza per la puerpera si dimostrarono tali. Non ne ho trascritta veruna del 9° giorno non possedendone di interessanti.

Da esse e dalle altre qui taciute trarrò poi riflessioni (alcune alla fine di questa parte, altre alla fine della seconda parte) che aranno a significare la sintesi delle mie stesse osservazioni e così avrò messo insieme una descrizione tutta pratica (perchè collazionata coll'esperimento alla mano) della lochiazione fisiologica, considerata nei suoi elementi anatomici e parassitari.

OSSERVAZIONI

1.° Giorno di puerperio.

I. 27 marzo 1881. — R. M., multipara. Parto naturale e normale. Temp. ascellare 36 $^{8}/_{10}$ C. Temp. vaginale 38 $^{4}/_{10}$ C. Pulsazioni della radiale 66. Lochiazione scarsa, siero-sanguigna, d'odore normale.

Esame microscopico. — Numerosissime cellule epiteliali pavimentose distintamente nucleate. Una sola cellula epiteliale cilindrica. Sono granulose per granulazioni grassose, alcune delle quali vedonsi libere. Molti leucociti, molti globuli rossi sanguigni, riuniti in gruppi. Sono però in numero maggiore i leucociti che hanno granulazioni grassose.

Pochissimi micrococchi, più che altro isolati, alcuni in colonie di pochi individui. Due batterii.

II. 12 aprile 1881. — T. B. Ore 5 dal parto. Nella gravidanza ebbe copiosa leucorrea. Subito dopo il secondamento lieve emorragia da inerzia uterina.

Esame microscopico. — Globuli sanguigni in tutto il campo del microscopio e quasi tutti impilati. Qualche piccola granulazione, poche cellule epiteliali. Il numero dei leucociti è così scarso che si potrebbero contare uno ad uno; in un punto ve ne stanno alcuni riuniti ed in via di disfacimento.

III. 18 aprile 1881. — M. R. Operata d'estrazione podalica. Niuna lacerazione, nè contusione ai genitali. Temp. ascellare 36 $^{5}/_{10}$ C.° Temp. vaginale 37 C.° Puls. 78. Lochiazione abbondante, sanguigna, con grumi. Reazione acida.

Esame microscopico. — Globuli rossi in numero copiosissimo, rigonfi, moriformi e configurati alcuni ad orologio a polvere. Cellule epiteliali granulose. Granulazioni grassose e proteiche. Pochissimi leucociti.

Micrococchi pochissimi.

IV. 25 aprile 1881. — R. Bonf., multipara. Temp. ascellare 36 $^{6}/_{10}$ C.° Temp. vaginale 37 C.° Puls. 48. Lochiazione sanguigna. Raccolte al-

cune gocce all'orifizio esterno del collo uterino vi si rinvennero molte cellule epiteliali assai raggrinzate; in numero stragrande globuli rossi, impilati, moriformi, a rilievi centrali. Leucociti in numero maggiore delle altre donne al primo giorno di puerperio.

Un buon numero di micrococchi.

V. 25 giugno 1881. — M. Disp. Temp. ascellare 36 $^{8}/_{10}$ C.° Temp. vaginale 37 $^{4}/_{10}$ C.° Puls. 66. Resp. 24. Involuzione uterina 21 C. Lochiazione sanguigna, abbondante, d'odore normale.

Esame microscopico. — Globuli sanguigni piccoli, alcuni moriformi, altri più regolari. Detritus epiteliale. Cellule epiteliali rotonde, ovali e a svariato contorno.

Micrococchi isolati.

2.° Giorno.

I. 20 luglio 1881. — G. Bon., multipara. Temp. ascellare 37$^{2}/_{10}$ C.° Temp. vaginale 37 $^{5}/_{10}$ C° Involuzione uterina C. 17. Puls. 66. Resp. 24.

Esame microscopico. — Globuli rossi assai regolarmente formati; hanno tendenza ad impilarsi, sono numerosissimi. Globuli bianchi in numero minore, ma discreto. Cellule epiteliali pavimentose molto granulose. Granulazioni proteiche.

Micrococchi scarsi, isolati ed alcuni a molta distanza fra loro.

II. 9 aprile 1881. — T. Rov., multipara. Temp. ascellare 36 $^{2}/_{10}$ C.° Temp. vaginale 37 $^{4}/_{10}$ C.° Invol. uter. C. 15. Puls. 63. Resp. 34. Lochiazione scarsa, sanguigna, d'odore normale, vischiosa.

Esame microscopico. — Pochi leucociti, alcuni dei quali assai grossi. Molte cellule epiteliali pavimentose, losangiche, poligonali, fusiformi, rotondeggianti, granulose. Hanno un solo nucleo, talune ovale, altre sferico. Molti globuli rossi. I leucociti sono granulosi, per granulazioni proteiche, grassose e sotto l'azione dell'acido acetico mostrano un nucleo multiplo.

Micrococchi moltissimi; una o due colonie numerosissime, alcune però poco popolate; i più stanno isolati, qualche punto doppio, diplococchi, alcuni riuniti tre a tre e in modo da non distinguersi quasi il luogo di loro contatto e da assumere l'aspetto di piccoli cilindretti. Micrococchi pure coprono alcune cellule epiteliali.

III. 3 maggio 1881. — F. Bars. Temp. ascellare 37 $^{3}/_{10}$ C.° Puls. 84. Invol. uter. 14 C. Lochiazione sanguigna abbondante.

Esame microscopico. — Quasi tutti globuli rossi, impilati, moriformi, deformati in altre varie guise. Leucociti pochi. Alcune cellule epiteliali rotondeggianti, altre pavimentose con nucleo rotondo, talune con nucleo ovale, altre quasi fusiformi, una cellula conica.

Varii micrococchi, un batterio.

3.° Giorno.

I. 28 aprile 1881. — Fan., multipara. Temp. ascellare 37 $^{6}/_{10}$ C.° Temp. vaginale 38 $^{3}/_{10}$ C.° Puls. 84. Invol. uter. C. 16. Lochiazione siero sanguigna, discretamente copiosa, d'odore normale e di reazione leggermente acida.

Esame microscopico. — Cellule epiteliali pavimentose, granulose per granulazioni grassose. Varii leucociti, pochissimi globuli rossi.

Moltissimi micrococchi, batteri, diplococchi. Micrococchi in serie lineari più o meno lunghe e mobilissimi, alcuni a gruppi, altri isolati.

II. 10 aprile 1881. — T. Rov., multipara. Temp. ascellare 36 $^{2}/_{10}$ C.° Temp. vaginale 36 $^{1}/_{10}$ C.° Puls. 60. Invol. uter. C. 16. Lochiazione scarsa, sanguinolenta, poco colorata, vischiosa, d'odore normale.

Esame microscopico. — Leucociti abbondanti, granulosi per le due specie di granulazioni, non molto voluminosi. Globuli rossi in discreta quantità. Cellule epiteliali fusate, ovoidali, rotondeggianti, molte. Lucenti granulazioni isolate.

Micrococchi in numero discreto; i più a colonie di pochi individui e riuniti con tale regolarità da disegnare con la loro periferia una figura geometrica.

III. 14 aprile 1881. — T. Bus. Temp. ascellare 35 $^{5}/_{10}$ C.° Temp. vaginale 37 $^{5}/_{10}$ C.° Puls. 72. Invol. uter. C. 15. Lochiazione scarsa, siero-sanguigna, di odore normale.

Esame microscopico. — Cellule epiteliali a contorni svariati, molto granulose, alcune con nucleo ovale, altre rotondeggiante. Leucociti granulosi assai anche essi, non granchè voluminosi; le granulazioni sono proteiche e grassose. Pochissimi globuli rossi.

Micrococchi disposti in serie lineari od in colonne, altri aggrup-

pati nelle cellule. Batteri. — (*NB.* I lochi furono tenuti 6 giorni in tubo ermeticamente chiuso, usando come consiglia Pasteur; erano inalterati).

4.° Giorno.

I. 15 aprile 1881. — T. Bus. Temp. ascellare 36 $^5/_{10}$ C.° Temp. vaginale 37 $^4/_{10}$ C.° Puls. 66. Invol. uter. C. 14. Lochiazione scarsa, siero-sanguigna, ma prevalentemente sierosa, d'odore normale.

Esame microscopico. — Molti globuli rossi, alcuni rigonfi, altri con strozzamento mediano, a bisaccia, altri semilunari, altri infine a contorno irregolare, di volume vario, certuni impilati. Pochi leucociti. Poche cellule epiteliali e granulose.

Varii micrococchi a piccoli gruppettini circolari ed anche isolati, pochissimi diplococchi, pochi batterii.

II. 11 aprile 1881. — T. Rov., multipara. Temp. ascellare 36 $^7/_{10}$ C.° Temp. vaginale 36 $^8/_{10}$ C.° Puls. 60. Invol. uter. C. 12. Lochiazione scarsa sanguigna, poco colorata, poco vischiosa, d'odore normale.

Esame microscopico. — Leucociti abbondantissimi, granulosi assai. Non si vedono globuli rossi integri. Cellule epiteliali pavimentose, alcune giovani, altre vecchie.

Micrococchi in discreto numero, isolati.

III. 29 aprile 1881. — Fav. Temp. vaginale 37 $^3/_{10}$ C.° Puls. 72. Involuzione uter. C. 14 $^1/_2$. Lochiazione siero-sanguigna. Alcune gocce raccolte al collo uterino.

Esame microscopico. — Cellule epiteliali fusiformi, pavimentose e granulose per grasso, per molti micrococchi. Globuli rossi in numero grande, ovoidali, moriformi, cilindrici, voluminosi; leucociti non molti, ma assai grossi.

Dei micrococchi alcuni esistono anche in serie lineari, altri a diplococchi. Vi sono anche batterii.

5.° Giorno.

I. 10 marzo 1881. — Bertol. P., primipara. Temp. ascellare 36 $^7/_{10}$ C.° Temp. vaginale 37 $^7/_{10}$ C.° Invol. uter. C. 13. Lochiazione scarsa, di colore rosso, d'odore normale.

Esame microscopico. — Leucociti abbondanti, globuli rossi in

quantità grande e deformati. Giovani cellule epiteliali, pavimentose, degli strati profondi della vagina. Alcune piccole granulazioni grassose, molte proteiche, da disgregazione di leucociti e di cellule epiteliali.

Micrococchi isolati e micrococchi riuniti a 2 e 3 e più, in forma di chapelets o coroncine, ma pochi.

II. 12 aprile 1881. — Rov. T. Temp. ascellare 35 $^{7}/_{10}$ C.° Temp. vaginale 37 $^{5}/_{10}$ C.° Puls. 66. Invol. uter. C. 15. Lochiazione intermittente, sempre sanguinolenta, glutinosa, scarsa, di odore normale.

Esame microscopico. — Leucociti in quantità, cellule epiteliali e disgregazione di leucociti e di cellule; granulazioni grassose.

Micrococchi.

6.° Giorno.

I. 13 aprile 1881. — Rov. T. Temp. ascellare 35 C.° Temp. vaginale 37 $^{5}/_{10}$ C.° Puls. 62. Invol. uter. C. 13. Lochiazione abbondante, colorata di rosso, di odore normale.

Esame microscopico. — Numerosi leucociti, in minor numero i globuli rossi; e cellule epiteliali poligonali, rotondeggianti, distintamente nucleate, a nocciolo rotondo. Granulazioni proteiche, grassose.

Micrococchi a piccole colonie, non molti, alcuni isolati.

II. 22 aprile 1881. Rom. M., primipara. Temp. ascellare 36 $^{3}/_{10}$ C.° Temp. vaginale 37 $^{8}/_{10}$ C.° Puls. 78. Invol. uter. C. 13. Lochiazione sanguinolenta, di copia discreta, d'odore penetrante, grave. (I lochi furono presi al collo).

Esame microscopico. — Globuli di pus in numero strabocchevole, globuli sanguigni in numero discreto, ma inferiori ai globuli di pus, alcuni rotondi, altri di forma varia e i più a bisaccia. Granulazioni grassose e proteiche molte. Sotto l'azione dell'acido acetico i globuli del pus mettono in evidenza 3 e 4 nuclei. Scarse le cellule epiteliali.

Molti micrococchi e varii diplococchi.

7.° Giorno.

I. 25 maggio 1881. — Nas., multipara. Temp. ascellare 37 $^{2}/_{10}$ C.° Temp. vaginale 37 $^{1}/_{10}$. C.° Puls. 60. Invol. uter. C. 11. Lochiazione di colore bianco, di odore forte, di quantità scarsa, d'apparenza muccosa, di discreta densità.

Esame microscopico. — Scarsissimi i globuli rossi e deformati. Leucociti innumerevoli e grossi. Granulosi per granulazioni di grasso, talune dell'apparenza dei micrococchi. Due sole cellule epiteliali.

Micrococchi; i più isolati, alcuni a punti doppi, due o tre coroncine a chicchi quasi staccati. Talune colonie di 8-10 individui ed una popolatissima. Il numero totale dei micrococchi è ragguardevole.

8.° Giorno.

I. 18 aprile 1881. — T. Bus. Temp. ascellare 36$^{1}/_{10}$ C.° Temp. vaginale 37 $^{6}/_{10}$ C.° Puls. 84. Invol. uter. C. 12 $^{1}/_{2}$. La donna è coperta di sudore, un po' prostrata di forze, notò il giorno innanzi lieve portata di latte alle mammelle. Lochiazione oggi abbondante, ritornata sanguinolenta dopo essere stata biancastra, d'odore normale, ma penetrante, grave; la reazione n'è acida.

Esame microscopico. — Varii globuli rossi, rigonfi, rotondi, intensamente colorati; diverse cellule epiteliali pavimentose, a contorni di non eguale figura, alcune rotondeggianti, in genere granulose. Leucociti in numero ragguardevole e un poco più voluminosi che nei giorni precedenti.

Micrococchi in serie lineari, più isolati, ma molto vicini fra loro. (Lievi tracce di mucina).

10.° Giorno.

I. 19 marzo 1881. — Bert. P., primipara. Temp. ascellare 37 $^{1}/_{10}$ C.° Temp. vaginale 37 $^{7}/_{10}$ C.° Puls. 48. Invol. uter. C. 9. Lochiazione scarsissima, intermittente e mancante per alcune ore; di colore bianco sporco, giallognola, poco densa.

Esame microscopico. — Poche cellule epiteliali, alcune sferiche con nucleo molto distinto. Leucociti abbondantissimi. Globuli rossi scarsi e deformati. Granulazioni grassose.

Micrococchi che si vanno allungando e preparando a prender forma di oidio. Micrococchi a punti doppi e a chapelets.

11.° Giorno.

l. 20 maggio 1881. — Bert. P. Temp. ascellare 37 $^{2}/_{10}$ C.° Temp. vaginale 37 $^{5}/_{10}$ C.° Puls. 48 piccolissima. Invol. uter. C. 9. Lochiazione di colore bianco deciso, densa, di aspetto muccoso. Se ne potè raccogliere solo una piccola goccia per l'esame.

Esame microscopico. — Alcune cellule con l'apparenza di globuli muccosi. Leucociti in discreto numero e cellule epiteliali.

Micrococchi constatati semplicemente. (Mucina).

In ultimo, quasi a concludere su quanto venni discutendo, e perchè si potesse a colpo d'occhio vedere l'ordinaria caratteristica dei lochi del primo giorno, e quale aspetto sotto il microscopio assumano nei varii giorni successivi, pensai di dare qui le figure microscopiche degli elementi anatomici più comuni. Raccolsi perciò la secrezione lochiale dei primi sei giorni di puerperio, la disegnai scegliendo sempre fra preparati uguali quelli che abbastanza chiaramente dimostravano l'esistenza delle parti costituenti la lochiazione ed i rapporti di numeriche proporzioni che per solito passano fra alcune di esse. L'elemento parassitario a bella posta fu assai trascurato in queste figure, perchè esso, come già più volte dichiarai, si avrà fra breve più particolare menzione.

Da tutte le osservazioni indietro ricordate, non che da quelle che mi astenni di pubblicare per le ragioni già esposte e perchè consuone nel loro finale significato con le altre, si può con prontezza e facilità essere fatti accorti della importanza ed utilità loro. È in esse che è concesso di leggere la conferma delle varie riflessioni da me antecedentemente formate, compresavi anche una qualche idea che si allontana assai da quelle professate fin ora, sempre in materia di questo studio. Se non usai dei mezzi mo-

derni d'investigazione per valutare il numero dei globuli, se tralasciai le esperienze col cromocitometro ed altre, e fu perchè non giudicai invero minimamente dubbiosi i risultati che altri oramai (Bizzozero, Cuzzi, Nicola) esperimentando reiteratamente e con un rigore ineccezionabile eransi procacciati.

Gli esami fatti e tutto ciò che possono dirci gli stessi nostri disegni, credo mi permettano oltre che di confermare le varie conclusioni qua e là gettate descrivendo il tipo della lochiazione fisiologica, di stabilire ancora i seguenti corollari:

1.° Che il numero dei leucociti coll' andare dei giorni di puerperio veramente tende ad aumentare di quantità.

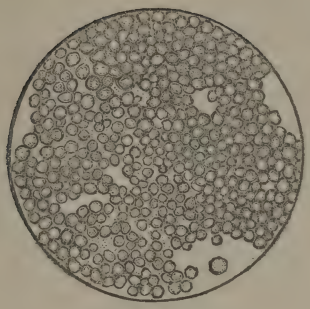
2.° Che il volume loro si accresce progressivamente da un giorno all' altro, finchè si mantiene poi in una proporzione, la quale, insieme ad altri caratteri, dà ad essi tutto l' aspetto dei globuli del pus.

3.° Il numero dei globuli rossi decresce proprio in ragione inversa dei leucociti ed in ragione diretta dell' epoca o momento di lontananza dal parto.

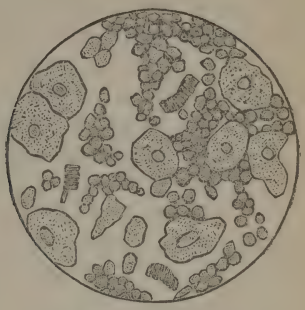
4.° Le cellule epiteliali sono un elemento troppo variabile nella costituzione dei lochi e molte circostanze estranee al naturale corso di questi possono influire sulla loro qualità, quantità e tempo di apparizione. Così lo sfregamento talora inevitabile del tubo raccoglitore e fatto con maggiore o minor forza su più grande o più limitata estensione nel canale vulvo-vaginale uterino, la località scelta, profondamente o vicino all'esterno, il modo adottato per raccogliere il liquido, ecc., ecc., rappresentano tante cause di varietà nell' elemento epiteliale, che entra nella composizione del flusso lochiale.

5.° La forma diversa con la quale apparirono sotto il microscopio i globuli rossi, la credo pur essa una eventualità da riportarsi a varie cause accidentali e non vi annetto perciò una grande importanza.

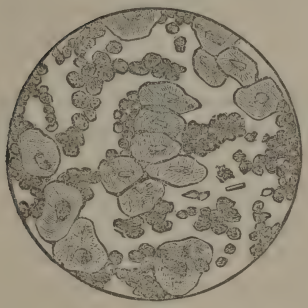
FIGURE DELLA PRIMA PARTE



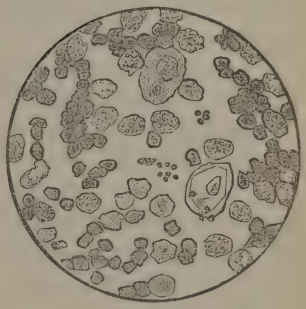
M.6 — 1° giorno.



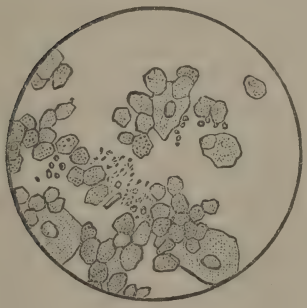
M.6 — 2° giorno.



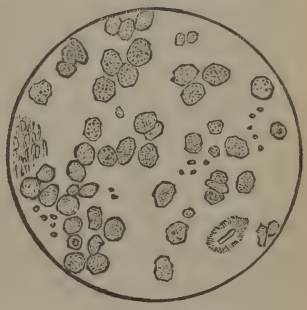
M.6 — 3° giorno.



M.6 — 4° giorno.



M.3 — 5° giorno.



M.3 — 6° giorno.

Dr. Caifassi dis.

FINE DELLA PRIMA PARTE.

PARTE SECONDA

Nel composto lochiale non a caso io distinsi due principali elementi: l'*anatomico* ed il *parasitario.*

Dell' elemento anatomico e di tutte le variazioui e modalità speciali al medesimo, secondo i giorni che contava il puerperio, già discorsi abbastanza. Pensai di riservare ad un capitolo a sè tutto ciò che poteva avere riguardo ai microrganismi che si incontrano nell'esame dei lochi, intendendo occuparmi di essi in rapporto alla *lochiazione normale, fisiologica.* E perchè non ancora in rapporto con la lochiazione patologica? La ragione è semplicissima; nella Clinica Ostetrica di Pisa non si ebbe nell'anno un sol caso di puerperio infezioso, non un vero e proprio processo puerperale. Dovei dunque limitare, restringere il mio studio al *puerperio fisiologico.*

Mi decisi poi a fermare la mia attenzione più che altro sugli organismi inferiori, essendo questo un tema non solo di attualità, ma di altissima importanza per il clinico medico e non sembrandomi francamente risoluta ogni questione ad esso relativa, ed in principal luogo ciò che questi microrganismi hanno di parte nell'etiologia della patologia puerperale e la considerazione che possono meritare nelle applicazioni della profilassi antisettica e nella terapia del puerperio, fondate sul sistema di Lister.

Sessantacinque furono gli esami da me regolarmente fatti al microscopio. Molti dei preparati microscopici vide anche l'egregio collega Dott. E. Bonini cui apparvero fin da principio interessanti. In ciascuno di esso mi adoperai perchè niente fosse trascurato di quelle regole necessarie ad usarsi per evitare l'errore, per difendersi dalle illusioni e così inspirare fede ai resultati. Seguii molto scrupolosamente la tecnica microbiologica raccomandata dal Pasteur. Se non estesi molto il numero delle osservazioni, guardai però di consacrare a queste il maggior tempo possibile, perchè si avessero la precisione e la esattezza più desiderate.

Feci costruire appositamente alcuni tubettini di cristallo, cubitati verso una delle estremità e in ambedue queste estremità sottilissimi in modo da potersi chiudere alla lampada, appena avevano servito. Alcuni chiusi temporariamente con ovatta fenicata, altri a dirittura con la lampada ad alcool, subito dopo adoprati. Procurai che le mie mani e gli oggetti che andavo toccando e i tubetti stessi avessero subito poco prima di accostarmi alla puerpera stessa, la disinfezione con acido fenico (3 per 0/0 e più). Innanzi di introdurre il tubo nel canale vaginale lo esposi sempre all'azione di un'altissima temperatura, facendolo scorrere quanto bastava sulla fiammella della lampada.

Portai il tubo raccoglitore dei lochi più che potei profondamente nel canal vaginale, talora entro al collo uterino stesso e non di rado al suo esterno orificio, facendo attenzione di non depitelizzare, nè escoriare la mucosa dei genitali; trattenni ivi il tubetto, finchè per capillarità se ne fosse raccappezzata anche una gocciola sola.

Per l'esame microscopico adoprai soluzioni di potassa caustica, con le quali, distrutta ogni traccia di elementi anatomici normali poteva chiaramente ed a mio agio osservare quel che esisteva di parasitario (1).

Sul momento di procedere a questi esami non trascurai pure una volta di indagare quale fosse la temperatura della stanza, la pressione barometrica nel giorno, la temperatura della puerpera all'ascella ed in vagina, il numero delle pulsazioni e delle respirazioni, l'involuzione uterina, i caratteri della lochiazione e se esistessero o no lesioni dei genitali; di più presi appunto della storia della gravidanza e del parto nello scopo di rilevare ed appurare lo stato di normalità nell'organismo e nelle funzioni sue per le donne in esame.

Molte volte, giova bene avvertirlo fin d'ora, essendo quasi sempre donne multipare e trattandosi di parti córsi normalmente, per la durata e per l'esito felici sì dal lato della madre come dal lato del feto, mancavano nelle puerpere in osservazione le escoriazioni, le lacerazioni ai genitali.

È necessario pure di premettere che ogni puerpera nella nostra

---

(1) Mi faccio un dovere di indirizzare sentite azioni di grazie all'illustre mio Maestro il Prof. Carlo Minati, il quale come Direttore della Clinica Ostetrica mi permise di servirmi del materiale clinico della medesima.

Maternità viene assistita non solo dalle inservienti, ma ancora dalle alunne levatrici di guardia; queste non si permettono esame alcuno senza l'ordine o la presenza della maestra o sotto-maestra o di chi funziona provvisoriamente per esse.

Per i riscontri è tenuto sempre in pronto olio o vaselina fenicata, giusta le proporzioni ed i precetti voluti dal Lister.

Proprietà, nettezza e massima osservanza di regole igieniche stanno continuamente a difesa della salute delle partorienti e grazie a severa e continua oculata vigilanza, la Maternità di Pisa non fu per anco molestata dall'infezione puerperale.

Alcuni risultati delle mie ricerche si leggono in quelle osservazioni che riportai nella prima parte di questo studio: altri furono da me riuniti in modo da poterli assai prontamente consultare esponendone un riassunto breve ma chiaro, allo scopo ancora di appoggiarvi asserzioni non aeree, sibbene fondate sopra fatti ed esperimenti clinici accurati.

Per amore di brevità, lasciai di riportare nelle note ultime i reperti microscopici risguardanti gli elementi anatomici, sui quali mi ero già a lungo fermato sul principio di questo scritto, minutamente e con diffusione tratteggiando quanto mi era stato via via offerto dai varii esami.

Trascrivo ora qui le suddette note come quelle che hanno più speciale attinenza allo studio dei microrganismi, di alcuni de quali darò in ultimo un piccolo disegno.

Varii intendimenti io mi prefissi allorchè intrapresi le mie ricerche sul puerperio fisiologico; uno fra gli altri fu quello di mettere in rilievo i caratteri più essenziali e costanti di questo stato che gli Inglesi appellarono convalescenza puerperale, di determinarne la fisonomia la più completa; ed una grande incitazione mi vi diede la recisa affermazione d'un dotto medico francese, il quale, a proposito della febbre puerperale, di recente scrisse che — « le germe morbide (microrganismes inferieures) de la » maladie toujours present, ici ou là chez la femme malade, *manque* » *toujours chez la femme bien portante.* »

Note cliniche e microscopiche.

1. Giorno V di puerperio. *P. Bert.* Parto normale, nessuna lesione ai genitali, feto sano. Temp. della stanza 8 $^1/_2$ R. Temp. ascellare 36 $^7/_{10}$ C.° Temp. vaginale 37 $^7/_{10}$ C.° Lochiazione di scarsa quantità, odore normale, di colore rosso.

Es. Micros. — Micrococchi isolati e altri riuniti a due, a tre e più insieme, in forma di chapelets, ma pochi.

2. Giorno X di puerperio. *P. Bert.*. Temp. della stanza 8 R. Temp. asc. 37 $^{1}/_{10}$ C.° Temp. vag. 37 $^{5}/_{10}$ C.° Puls. 48 Lochiazione scarsa sempre, d'apparenza sierosa, bianca-giallognola.

Es. Micros. — Micrococchi che si vanno allungando. Micrococchi a punti doppi, chapelets.

3. Giorno XI di puerperio. *P. Bert.* Temp. della stanza 8 $^{1}/_{2}$ R. Temp. asc. 37 $^{2}/_{10}$ C.° Temp. vag. 37 $^{5}/_{10}$ C.° Puls. 48. Lochiazione bianca decisa, densa, d'aspetto normale.

Es. Micros. — Micrococchi semplici, isolati.

4. Giorno III di puerperio. *Nas. Cl.* Parto normale, feto sano, senza lacerazioni ai genitali. Temp. della stanza 9 R. Temp. asc. 37 $^{7}/_{10}$ C.° Temp. vag. 38 $^{5}/_{10}$ C.° Puls. 50. Lochiazione di colore rosso intenso, odore normale, di pochissima densità.

Es. micros. — Micrococchi in numero discreto; erano liberi e confluenti. (La sera di questo giorno sorse decisa la febbre, la quale però ebbe brevissima durata).

5. Giorno IV di puerperio. *Nas. Cl.* Temp. della stanza 9 R. Temp. asc. 37 C.° Temp. vag. 38 $^{1}/_{10}$ C.° P. 66. Lochiazione discretamente copiosa, di aspetto siero-sanguinolento, colore rosso-chiaro, come lavatura di carne, di odore normale.

Es. micros. — Micrococchi a coroncine ed isolati, molti più questi ultimi.

6. Giorno V di puerperio. *Nas. Cl.* Temp. della stanza 8 R. Temp. asc. 37 $^{4}/_{10}$ C.° Temp. vag. 38 $^{3}/_{10}$ C.° Puls. 66. Lochi sempre discretamente fluenti, d'odore grave puerperale, d'aspetto sierosi, rosso-chiari, poco densi. Nella notte lieve perdita di sangue.

Es. micros. — Micrococchi moltissimi, i più isolati, alcuni punti doppi, alcune coroncine di due o tre grani.

7. Giorno VII di puerperio. *Nas. Cl.* Temp. della stanza 9 R. Temp. asc. 37 $^{2}/_{10}$ C.° Temp. vag. 37 $^{5}/_{10}$ C.° Puls. 60. Lochi color bruno, odore forte, di scarsa quantità, d'aspetto normale, di densità discreta.

Es. micros. — Micrococchi moltissimi; i più isolati, alcuni punti doppi, due o tre coroncine a chicchi quasi staccati. Taluni corpuscoli in colonie di 8-10 individui, in una di queste numerosissimi, *zooglea.*

8. Giorno III di puerperio. *R. Mosch.* Parto normale, senza lesioni, nè vulvari, nè vaginali. Temp. della stanza sopra a 10 R. Temp. asc. 37 $^5/_{10}$ C.° Temp. vag. 38 $^4/_{10}$ C.° Puls. 66. Lochiazione scarsa, sanguigna, di odore grave, penetrante.

Es. micros. — Micrococchi isolati, ma pochi: una sola colonia.

9. Giorno IV di puerperio. *R. Moch.* Temp. della stanza 10 $^1/_2$ R. T. asc. 37 $^5/_{10}$ C.° Temp. vag. 38 $^4/_{10}$ C.° Puls. 48. Lochiazione scarsa, interrotta, siero-sanguinolenta, di forte odore.

Es. micros. — Micrococchi in buon numero, molti isolati, unici; varii in serie lineari, a coroncine, con grani ben distinti, altri che han formato una specie di bastoncello, confondendo il loro punto di contatto. Alcuni diplococchi, o punti doppi, o microbi a coppie. Un isolotto di pochi micrococchi.

10. Giorno V di puerperio. *R. Moch.* Temp. della stanza 11 R. Temp. asc. 37 C.° Temp. vag. 37 $^9/_{10}$ C.° Lochiazione tuttora di colore rosso, scarsa, d'odore non grave.

Es. micros. — Micrococchi in grande quantità, in colonie, alcune numerevoli, altre poco popolate, i più isolati; vedonsi varii punti doppi, diplococchi.

11. Giorno V di puerperio. *M. Rom.* Temp. della stanza 13 R. Temp. asc. 37 $^3/_{10}$ C.° Temp. vag. 38 C.° Lochiazione di aspetto sang. di quantità discreta, di odore grave e reazione acida.

Es. micros. — Micrococchi molti; qualche diplococco.

12. Giorno V di puerperio. *Fav. S.* Parto normale. Apiressia.

Es. micros. — Micrococchi non molti; eranvene certi disposti a colonie, certi isolati; diplococchi e batterii.

13. Giorno II di puerperio. *Bars. F.* Parto normale. Temp. della stanza 11 R. Temp. asc 37 $^3/_{10}$ C.° (La vaginale non fu presa esattamente e perciò non si riporta). Puls. 84. Lochiazione abbondante, color rosso.

Es. micros. — Varii micrococchi, un batterio.

14. Giorno VI di puerperio. *A. Stil.* Operata di rivolgimento e poi di forcipe sulla testa appena uscito il tronco: senza lacerazione alcuna ai genitali. Temp. della stanza 19 $^1/_2$ R. Temp. asc. 37 $^6/_{10}$ C.° Temp. vag. 38 $^5/_{10}$ C.° Puls. 66. Lochi scarsi, di aspetto mucoso.

Es. micros. — Micrococchi pochi, alcuni riuniti in piccoli gruppi, diplococchi.

NB. Al VII giorno, nella secrezione lochiale di questa donna si trovavano moltissimi *trichomonas*, che aveva pure osservati nel secreto vaginale durante la gravidanza; portavano attaccati al flagello caudale un'infinità di granuli piccolissimi; con questi erano pure micrococchi in grande quantità.

15. Giorno III di puerperio. *Bon. G.* Temp. della stanza 22 R. Temp. asc. 36 $^7/_{10}$ C.° Temp. vag. 37 $^7/_{10}$ C.° Puls. 54. Resp. 24. Parto normale; lochi normali.

Es. micros. — Micrococchi pochissimi, qualche gruppo di essi.

16. Giorno VI di puerperio. Solite normali condizioni dello stato di salute della donna *Bon. G.*

Es. micros. — Micrococchi pochi, isolati; un solo gruppo, a isolotto di contorno assai regolare, un diplococco.

17. Giorno V di puerperio. Bon. G. Solito stato generale normale. Lochiazione fisiologica.

Es. micros. — Micrococchi in numero, parecchi distinti, altri a gruppi, ma radi fra loro.

18. Giorno VI di puerperio. Bon. G. Lochi biancastri.

Es. micros. Uguale risultato, i micrococchi in numero minore.

19. Giorno II di puerperio. *M. 1 Bucch.* Parto normale, morsi uterini, prostrazione generale delle forze. Temp. della stanza 28 C.° Temp. asc. 37 $^4/_{10}$. Temp. vag. 37 $^9/_{10}$. Puls. 60. Resp. 24.

Es. micros. — Micrococchi pochi ed isolati.

20. Giorno III di puerperio. *Mucch. M.* 1. T. della stanza 27 $^1/_2$ C.° Temp. asc. 36 $^9/_{10}$. Temp. vag. 37 $^6/_{10}$. Puls. 60. Resp. 24.

Es. micros. — Micrococchi pochissimi, i più isolati; uno o due piccoli gruppi.

21. Giorno IV di puerperio. *Bucch. M.* 1. T. della stanza 28 C. Temp. asc. 36 $^{7}/_{10}$. Temp. vag. 37 $^{8}/_{10}$. Puls. 60. Resp. 24. Lochiazione sanguigna.

Es. micros. — Micrococchi pochi, qualche diplococco, un batterio.

22. Giorno V di puerperio. *Bucch. M.* 1. T. della stanza 27 C.° Temp. asc. 36 $^{4}/_{10}$. Temp. vag. 37 $^{8}/_{10}$. Puls. 60. Resp. 24. Lochiazione di colore rosso.

Es. micros. — Micrococchi in quantità e ad isole o a gruppi; alcuni separati, due diplococchi.

23. Giorno VI di puerperio. *Bucch. M.* 1 T. della stanza 26 $^{1}/_{2}$ C. Temp. asc. 36 $^{4}/_{10}$. Temp. vag. 37 $^{4}/_{10}$. Puls. 60. Resp. 24. Lochiazione che si mantiene ancora di colore rosso, del resto normale.

Es. micros. — Micrococchi aggruppati, non molti. Diplococchi.

24. Fine giorno III di puerperio. *M.* 3. T. della stanza 27 $^{1}/_{2}$. C.° Temp. asc. 36 $^{8}/_{10}$. Temp. vag. 37 $^{5}/_{10}$. Puls. 66. Resp. 24. Lochiazione sanguigna, fetida.

Es. micros. — Micrococchi moltissimi, molto animati, un batterio.

NB. Per le donne delle quali non è indicato il parto s'intende sia stato normale: fu taciuto per brevità.

25. Fine giorno V di puerperio. *M.* 3. Temp. della stanza 27 C.° Temp. asc. 37 $^{2}/_{10}$. Temp. vag. 37 $^{8}/_{10}$. Puls. 54. Resp. 24. Lochi di color bianco-giallognolo.

Es. micros. — Micrococchi moltissimi, solita disposizione che nell'esame precedente, un batterio.

26. Fine giorno VI di puerperio. *M.* 3. T. della stanza 26 $^{1}/_{2}$ C.° Temp. asc. 37 $^{1}/_{10}$. Temp. vag. 37 $^{6}/_{10}$. Puls. 66. Resp. 24. Lochiazione distinta, leggermente rossastra.

Es. micros. Micrococchi molti, ma isolati, animatissimi: un batterio.

Dei 65 esami da me istituiti sulle puerpere sane non credei necessario riportare le resultanze tutte, ma quelle che mi apparvero più essenziali e più parlanti nel senso del fine di questo studio. Fra le prime e quest'ultime le osservazioni trascritte qui

raggiungono il N. di 47; da queste e da tutte le altre lasciate nei miei appunti emanano a prima vista due importantissimi fatti a guisa di generali conclusioni.

1.° Tutte quelle gravide (due eccettuate) ebbero parti naturali, tutte con esito felice per loro e per il proprio figlio, la lochiazione ed il puerperio normalissimi, fisiologici.

2.° Nei prodotti lochiali delle stesse fu costantemente per varii giorni del puerperio accertata la presenza di organismi inferiori, spesso in buon numero e sempre senza modificazione od alterazione dei lochi, senza danno per la puerpera.

Pasteur, il grande propugnatore della teoria parassitaria, venne ad una conclusione proprio opposta. Ci dice infatti il Doleris: « M. Pasteur à examiné les lochies des femmes malades et des « femmes bien portantes. Il a pu convaincre M. Hervieux que le « microbe etait bien pour quelque chose dans la difference, puisque « les lochies des premières en contenaient des fourmillements, « tandis que celles des secondes *n'en contenaient pas.* »

Eccoci quindi dinanzi a difficile e grave problema, la cui soluzione è secondo il mio debol parere interessante, e se data con sicurezza può anche divenire ferace di preziosi ammaestramenti, che la profilassi e la terapia puerperale avrebbero da sfruttare a loro prò.

Io vedo pullularvi dentro una innumerevole quantità di quesiti tutti attenenti al soggetto, tutti pieni di interesse e tutti di attualità. Ne fisso solamente alcuni la discussione dei quali porta di necessità a dire brevemente di tutti ed esaurire così il più completamente possibile il difficile tema.

Il *valore* dei microrganismi come eccitatori possibili delle malattie infettive, la conseguente *profilassi*, nel caso nostro limitandola alla sola infezione puerperale, il *prognostico* che può basarsi sulla presenza o mancanza di quei microrganismi nelle secrezioni lochiali, ecco tanti punti di necessaria discussione e sviluppo che noi vedremo di condurre non troppo a lungo, applicandovi ancora quel tanto di sanzione esperimentale e clinica che lo scopo dei nostri studi e la frequenza nostra al letto delle partorienti ci mise in grado di possedere. Per non trascurare alcunchè di meritevole a considerarsi, pensammo di dividere il tema in quattro quesiti, ponendoli così:

1.° Quale posto è stato assegnato all' elemento parassitario nella etiologia delle malattie *infeziose* e più specialmente di quelle dette puerperali?

2.° Quali sono i parassiti rinvenuti finora nei liquidi lochiali?

3.° Quali vi furono trovati più frequentemente?

4.° Quali e quanti ne trovammo noi? che significazione speciale potremmo dar loro? quali suggerimenti di profilassi puerperale associarvi?

Il primo di questi quesiti si può tradurre nella espressione seguente = patogenesi ed etiologia della febbre così detta febbre puerperale. =

Le principali teorie che a vicenda si succederono e che pure a vicenda, ora furono innalzate agli onori del trionfo, all'apogéo della gloria ed ora umiliate all'abbandono, alle conseguenze della sconfitta, produssero una ingente mole di lavori e dier campo alle più elette intelligenze di sbizzarirsi nelle lotte e nelle contese scientifiche dove il nome di tali combattenti si infutura dove sfolgora ed abbaglia la face del nobilissimo genio del sapere. Non è mia intenzione di riandarle tutte quelle dottrine, di ripescarli tutti quei nomi dei loro sostenitori od avversari; ma è mio debito enumerare almeno le principali idee e componendo un brevissimo sommario di esse, far vedere in un colpo d'occhio le lunghe e laboriosissime vie che lo studio della febbre puerperale percorse prima di concretarsi nelle due generali teorie che oggidì discutonsi il primato, contendonsi la palma. Così noi ci faremo strada a venire sull'argomento principalissimo del nostro lavoro per dar poi la risposta al quesito che ci ponemmo pel primo.

La storia della febbre puerperale (1) prende le mosse dai tempi d'Ippocrate: all'epoca di questo grande, anzi per opera di lui stesso (il fondatore della teoria), la dottrina sola accettata era quella (1.ª) della *ritenzione* o *arresto dei lochi e decomposizione dei resti degli annessi,* come causa vera e propria degli accidenti puerperali. E i nomi degli scrittori che vi si collegarono sono quelli di Galeno, Avicenna (1000), Eucario (1532), Boerhaave (1629), Sidhenam (1683), Stahl (1690), Hoffmann (1742), Smellie (1762), ecc.

Seguì dipoi la 2.ª teoria: *Della soppressione e metastasi lattee.* Mercuriale (1586), Puzos (1686), Levret (1766), Bordeu (1775), Deleurye (1777), ecc., ecc.

Ebbe per avversari e detronizzatori questa teoria il Morgagni, il Borsieri, il Frank, il Bichat (1801). Contribuirono alla caduta

---

(1) Molte notizie storiche io attinsi al *Commentario* dell'illustre Prof. A. Corradi: *Dell'Ostetricia in Italia, ecc.*

di questa dottrina anche gli scritti di Giuseppe Cavallini (1752), di Dall'Arme, di G. Cerri, di Jacquin, di G. B. Marianini, di Monteggia, di Fr. Marabelli (1794), di G. Cruiskhank (1786), di Lorenzo Nannoni (1800).

3ª Teoria: *Delle alterate secrezioni.* Risultò dal connubio delle due sopra dette teorie. Ne trattarono Orazio Augenio (1597), Mercuriale (1586), Willis (1676), Lieutand (1750), ecc., ecc.

4.ª Teoria: *Fisiologica di Autenrieht* (1807-1808). Consisteva nel ritenere la febbre puerperale occasionata dagli umori, i quali, perchè tolta loro l'uscita per le vie ordinarie, affluivano verso qualche viscere importante. È la teoria degli umoristi (1). Schmidtmûller, Carus, Joerg, ecc., ecc.

Altre teorie furono:

5.ª Teoria: *Del tifo.* Anche il Cruveilhier non è molto definiva la febbre puerperale un tifo puerperale, tornando così anch' esso ad un concetto non nuovo.

6.ª Teoria: *Dell'eresipela.* Fortis (1688), Pouteau (1766).

7.ª Teoria: *Flogistica.* L. Mercato (1587), Plater (1602), Sorano, Moschione (1793), Mercurio Scipione (1703), Sauvages (1763) (2), Dugés (mielite!), ecc., ecc.

Qui furono prese in principalissima considerazione la metrite, la metro-linfangite, la flebite (Brechet, Dance), la peritonite, la peritonite viscerale (Meald, Hulme, ecc.), l'enterite (Vetfort, Harles, Eisenman), la metrite del collo con alterazione dei lochi (Meckel).

Alcuni fecero derivare la febbre puerperale da varie di queste affezioni cumulativamente considerate, basando la teoria loro sui più importanti e recenti responsi dell'anatomia patologica; Clarke pubblicò nel 1786 un lavoro nel quale raccolse le varie alterazioni anatomiche della febbre puerperale.

Altri (e noi l'abbiamo sopra citati come Eisenman, Meckel e di più Johnston, Hunter) la fecero da unicisti e fissarono per la patogenesi della febbre puerperale stessa solamente certe date flogosi, così per chi meritò tutta la considerazione ed importanza la flebite puerperale, per chi invece la peritonite, ecc. Concludendo,

---

(1) Anche il Sennert (1666) aveva già emesso l'idea d'un vizio degli umori accumulati durante la gravidanza, entrati in moto nel parto: idea antichissima che rimonta a Galeno e che fu pure abbracciata dagli Arabi.

(2) Ammise la metrite delle puerpere e la divise in metrite tifoidea e metrite lattea.

variata la sede o l' organo, quest' ultimi si trovarono unanimi e concordi nel sostenere la teoria inflammatoria.

8.ª Teoria: *Della specificità.* Questa è proprio l' opposto della precedente. Quindi ne derivò la dottrina della gastrico-biliosa, della febbre enterica-sierosa, ecc. Vi si rapportano gli studi del Trincavella (1586), del Millar, Manning, Buttler, Cooper, Denman, Jenner, White, ecc.

9.ª Teoria: *Delle febbri intermittenti.* La patogenesi delle febbri fu basata (nel XVIII secolo) sulle condizioni atmosferiche e sulle emanazioni miasmatiche e vi si comprese la febbre pure puerperale.

10.ª Teoria: *Nervosa.* Sindelin, Dugés, Wintenberger (1830).

11.ª Teoria: *Della piaga scoperta.* È del P. G. Guerin. La piaga utero-placentare è considerata in due modi: 1° come chiusa all'aria e ciò quando l'utero si ritrae e si mantiene retratto; 2.° come esposta all'aria, quando la retrazione dell'utero manca. Data dal 1846 e fu presentata all'Accademia di Parigi diverse volte, così nel 1858, nel 1868 e per ultimo nel 1879. Depaul l' ha combattuta vivacissimamente.

12.ª Teoria: *Della metro-paresi* (del Monteverdi). Per la metroparesi avviene la stasi sanguigna uterina e per conseguenza alterazione e coagulo del sangue, assorbimento delle materie putride o puriformi, ostruzione delle vene con tutti i fenomeni ben noti della setticoemia e pioemia. Il Monteverdi sostenne una nuova virtù terapeutico-fisiologica della china e dei suoi alcaloidi, d'accordo con questa sua teoria.

13.ª Teoria del Prof. Giordano. Ritiene la febbre puerperale con tutte le sue varie modalità effetto di coaguli sanguigni formati nella cavità del cuore e più nella parte destra, che si estendono nei grossi vasi, d' onde derivano poi *emboli* che trattengono il corso del sangue.

14.ª *Emato-teoria,* o *teoria dell'avvelenamento puerperale* (Hervieux, 1867). Questi provò che non esiste una febbre puerperale distinta, ma che piuttosto il « *n'y a d'acceptable que la doctrine de la pluralité des affections puerpérales.* »

Mi fermo un istante sulla celebre discussione che M. Guerard motivò all' Accademia delle Scienze di Parigi a proposito della febbre puerperale. Eravamo proprio all' epoca cui io son giunto tessendo il mio breve cenno storico delle teorie; giacchè la discussione fu aperta il 23 febbraio del 1858. L' entità dell' argo-

mento, la dottrina degli scienziati adunatisi, l'attenzione d'ogni parte a loro rivolta, l'aspettativa giustissima di chiare, utili e desideratissime conclusioni che fece affluirvi una farragine di lavori e la brama di trarre profitto da tutto, prolungarono la discussione per quattro interi mesi. Narra lo Stoltz che Dubois, Danyau, Depaul sostennero l'esistenza della febbre puerperale « au dehors des maladies puerperales. »

La maggioranza fu loro contro predilegendo piuttosto l'opinione d'una febbre traumatica, d'una febbre di suppurazione, d'un'infezione purulenta o d'un'infezione putrida.

E la generalità degli autori, sia in Francia che altrove, ha quasi senza eccezione nè di persone nè di luogo, terminato con attaccarsi all'idea d'una febbre di riassorbimento (settico o purulento): d'una febbre traumatica.

Ma in verità, ripensando alla stragrande molteplicità di teorie cui porse occasione la febbre puerperale (vi fu anche chi la voleva radiare dalla patologia), non si può a meno di raffrontare simile fatto con quello della varietà e dell'infinito numero di medicamenti proposti, vantati e combattuti nel colera. Per questa malattia vi fu chi disse non potere esistere un espediente terapeutico realmente buono, appunto perchè erano troppi quelli decantati come tali: per la febbre puerperale ci sarebbe da concludere presso a poco nel medesimo senso, ove si mettesse avanti l'esigenza della certezza assoluta anche sulla teoria che più appaga, più convince e che noi non solo non disprezziamo, ma crediamo meritarsi l'onore di essere chiamata la trionfatrice, la migliore, *la più vera,* quella dei localizzatori, *moderati* ben s'intende. E dissi moderati volendo escludere l'assolutismo pericoloso di coloro la cui bandiera ha per motto: *pas de plaie, pas d'infection.*

Riassunte così talune delle principali opinioni sulla natura e sulla causa della febbre puerperale, chi è che non veda come per entro alle medesime si racchiudano velati, ma non nascosti, due generalissimi concetti predominanti?

Da una parte la lochiazione con l'organo da cui dipende, i tessuti, i visceri attenenti o vicini ad esso assorbono l'attenzione e lo studio degli indagatori per la determinazione della patogenesi ed etiologia della febbre puerperale (1).

---

(1) Adopro spesso questo nome oggi giustamente reietto, e non credo far male trattandosi di storia d'un epoca nella quale era conosciuto per il più adattato, ed essendo talvolta necessario alla maggiore chiarezza dell'esposizione anche l'uso di invietite o sprezzabili denominazioni.

Da un'altra parte la specialità di questa malattia che spinge i patologi a varie supposizioni, a ipotesi disparate tutte compendiabili nel concetto d'un disordine generale, caratteristico, d'una discrasia, d'un avvelenamento del sangue.

Camminando, con gli attriti scientifici, colle creazioni e colle distruzioni alternantisi ora su questa ora su quell'idea, si giunge fino alla metà del XIX secolo prima di vedere scevrato l'utile dall'inutile, il soverchio dal necessario, il servibile dal nullo, quel che è attendibile da ciò che non l'è minimamente, per finire a concretizzare con due grandi diffusissime e rispettabili dottrine, quella degli *essenzialisti* e quella dei *localizzatori*, la prima discendente dai teoristi dell'entità puerperale, la seconda figliazione legittima e conseguente degli anatomisti. Ambedue tengono tuttora vivo il fuoco del combattimento scientifico.

I localizzatori hanno trovato un grande e speciale sostegno nella riconosciuta somiglianza che passa fra una ferita chirurgica e la piaga placentare; d'onde poi una ricchissima messe di argomentazioni e la precipua conclusione di quelli che studiarono l'analogia dell'infezione chirurgica con gli accidenti puerperali. — Ammessa per quest'ultimi la natura infettiva eccoci alla conquista di un altro grandioso concetto, che i localizzatori hanno saputo per eccellenza utilizzare in loro prò.

Alludo alla conclusione del D'Espine (1): « *il n'y a pas de difference d'essence de nature, entre les fievres puerperales et les fievres chirurgicales, elles sont sœurs.* »

Quindi infezione puerperale, infezione chirurgica sono così identificate. Una parola adesso sopra le due teorie delle quali mi occorre definire gli intendimenti.

Essenzialisti. — Dicono che la febbre puerperale, analoga al tifo, origina da una influenza esterna primitiva, offendendo *sul principio il sangue, e poi* l'organismo in località predisposte (apparato genitale, peritoneo). Abbiamo cioè un avvelenamento generale per tifizzazione del mezzo sanguigno o in conclusione un'alterazione primitiva del sangue e le lesioni infiammatorie locali per risultato, toxemia e reazione morbosa conseguente degli organi. La contagiosità vi è inerente. Gli essenzialisti adducono per ragioni alla verità e importanza delle loro idee i dati seguenti: il nessun reperto necroscopico in alcune puerpere, lo insorgere della

(1) *Contribution a l'histoire de la septicémie puerpérale,* 1873.

febbre puerperale anche durante il parto ed il suo esito funesto, non ostante la mancanza d'un trauma all'utero; alcuni casi di ragazze che assistendo puerpere malate ammalarono medesimamente; la comparsa della malattia nel feto e nel neonato, la variabilità e la molteplicità delle lesioni, il *contagio*.

Localizzatori. Questi dichiararono che la piaga placentare è condizione indispensabile della infezione.

La lesione locale è per essi il punto di origine di tutti i disordini generali. Ma quale discrepanza di idee nel determinare la localizzazione morbosa. Behier incolpa della morte delle puerpere la *flebite uterina*, Beau, Jacquemier, Velpeau, Cazeaux invece accusano la *peritonite*.

Hervez de Chegoin dice la sorgente dell'infezione essere la *faccia interna dell'utero*.

Vi ha chi dà maggiore importanza alla *linfangite* (Lucas-Championnière e sono con esso i più oggigiorno), spiegando poi con questa la peritonite, l'adenite, i flegmoni, ecc. Chi piuttosto vagheggia la prevalenza della *flebite* per cui i germi morbosi sarebbero condotti lontani e ne deriverebbero i disordini metastatici. Importante a tal riguardo è la decisione presa dal Comitato per la febbre puerperale adunatosi in Berlino nel 1877. Per questi gli accidenti puerperali delle partorienti (febbre maligna delle puerpere) sono da attribuirsi all'assorbimento che vasi linfatici e sanguigni fanno dei materiali prodotti nell'utero dalla decomposizione putrida. Assorbitane una notevole quantità, l'organismo tutto ne rimane avvelenato.

I localizzatori *più moderati* non si fermano allo esclusivismo alla sola teoria della setticoemia da origine uterina, ma prestan fede ancora alla infezione che si sviluppa senza manifesti rapporti con una lesione locale.

Infine localizzatori ed essenzialisti si accordano per ammettere uno stato generale, gli ultimi facendone dipendenti tutte le lesioni locali (le quali possono anche non esistere, essi dicono); i primi sostengono le lesioni locali esistenti sempre e da queste fan discendere i disordini generali.

Come conciliare ora tutta quella varietà di opinioni dei localizzatori a proposito della sede vera e propria dell'affezione primitiva nella infezione puerperale?

Il Churchill ed il Leblond hanno, secondo me, trovato la soluzione del problema. Eglino infatti osservarono che non si era data dai

varii autori la dovuta importanza all'alterazione delle secrezioni della cavità uterina, che è origine dei disordini generali; non essere spregevoli fatti quelli della linfangite, flebite e peritonite, ma neppure doverli ritenere per necessarii.

Si vedono guarire puerpere con lesioni locali gravissime e morirne quando invece non si trovano che lievi, lievissime offese locali. Opinò saviamente ancora il Doleris allorchè disse: non esistono forse in chirurgia ferite che divengono sempre malattie (lesioni generali, setticemia) e ferite che rimangono unicamente ferite (lesioni locali)? La spiegazione è questa: l'agente settico nel primo caso fu assorbito, nel secondo no. In un certo numero di casi la flebite, l'angioleucite, la peritonite non si poterono constatare, ma si verificò però l'esistenza di qualche lacerazione al collo, alla vagina, alla forchetta; eravi come sempre la piaga placentare; l'inoculazione dell'agente morboso aveva ciò non ostante e per quest'ultime lesioni una via aperta a penetrare nell'organismo.

La teoria dominante oggidì è quella dei localizzatori. — Essi hanno scossa tutta o quasi tutta la potenza degli argomenti addotti dagli avversarii e così alla ragione del non trovarsi all'autopsia di puerpere morte di *febbre maligna* alcun reperto importante, han risposto col mostrare le molte vie che negli organi genitali, in seguito a contusioni, escoriazioni e lacerazioni, possono schiudersi al veleno infettante, il quale sono riusciti a sorprendere anche in un solo ganglio ingorgato. Non devesi poi tralasciare di dire che in certe autopsie la lesione fu infine trovata quando si raddoppiarono o approfondarono le ricerche o soltanto fu cambiato il dissettore.

Risposero i localizzatori agli essenzialisti che se fu osservato lo sviluppo della malattia durante il parto e un esito funesto quando non era ancora avvenuto nessun trauma, altro è il dire vi fu febbre puerperale avanti il parto ed altro l'avere constatato una flebite e da questa dedurre quella. Niuno nega che infiammazioni si possono avere nelle gravide. Ma più grave obiezione fanno loro poi di rimando i localizzatori portando innanzi l'esperimento del Pajot, il quale pose cento gravide in prossimità di puerpere colpite da febbre puerperale, e niuna ne risentì danno.

La manifestazione di una peritonite in ragazze assistenti le puerpere malate, può spiegarsi, come ben disse Churchill, come un fatto accidentale, e nei due casi avanzati da Tarnier, la coincidenza della mestruazione regolare in atto e poi disordinata, soppressa, può darne una certa ragione.

Riguardo alla peritonite dei neonati la confutazione principale fu che un tal fatto stava a significare la possibilità di svilupparsi questa flogosi anche nei neonati e in condizioni consimili a quelle delle puerpere e che poteva originare dalla pelle in prossimità dell'ombellico (Churchill), e ciò senza valere punto a significare che la malattia fosse essenziale.

E la peritonite dei feti nei casi indicati dagli essenzialisti come in quelli del Lorain, era sorta non ostante le madri non ne fossero affette e sette volte su dieci si trattava di madri venute di fuori e dimoranti nell'Ospizio da poche ore; quindi non influenzate dalla infezione. Debole per ciò si dimostra l'argomentazione ancor qui.

La molteplicità e variabilità delle lesioni s'intende ricordando la particolare natura degli organi genitali che a comporli contribuiscono tanti svariati elementi. I rapporti che i vasi e i linfatici tengono con le parti vicine, e forse anche le relazioni che fra tessuti omonimi passano pure a distanza, infine la comunicazione che si stabilisce fra l'utero e la cavità peritoneale a mezzo delle trombe, sono altrettante apprezzabili ragioni della molteplicità delle lesioni. Anche l'intelligenza di certi fenomeni è facilitata dal solito confronto con una ferita chirurgica, e sue successioni morbose viciniori e lontane dal luogo malato. Aggiungo che l'ammettere un veleno morbigeno o che si chiami miasma, emanazione, ecc., o si dica piuttosto agente settico, infezioso, non contrastando nè con l'una nè con l'altra delle due suricordate teorie, anche il contagio si sostiene bene, sia tenendosi cogli essenzialisti sia coi localizzatori, questi ultimi considerando anche l'aria come possibile veicolo del germe o fermento, da una puerpera all'altra.

Lo spirito d'investigazione si acquietò forse allora che parve essere quasi assicurata la vittoria ai localizzatori, accettata dalla maggioranza l'esistenza di un agente d'infezione, settico, morbigeno, con la sua elezione di domicilio circoscritto alla superficie uterina? Mai no. La determinazione di questo germe morbigeno era ancora a farsi; su questa si concentrarono gli studi, a questa si volsero gli esperimenti, questa attrasse tutte le mire degli osservatori. L'anatomia patologica, l'istologia, la microscopia, la chimica furono tutte messe a contribuzione di tanto vitale questione. — Fervevano le discussioni sull'etiologia delle malattie infettive: già se n'era colto un qualche frutto a profitto loro, quando studiando la natura delle sostanze chiamate contagi, miasmi, fu potuta met-

tere in chiaro una certa analogia tra i processi morbosi zimotici ed i processi fermentativi o in altre parole come già disse lo Steudener di Halle, si vide come la moltiplicazione e riproduzione degli eccitatori del morbo nell'organismo presenti una grande analogia con la moltiplicazione e riproduzione degli eccitatori della fermentazione nelle sostanze fermentanti.

Si parlò anche d'un altro genere di veleno, la *sepsina*, sostenuto da Bergman, Panum, ecc.; ma nel convincimento dei più mise salde radici il frutto delle esperienze sui microrganismi, e questi piccoli esseri guadagnarono tale considerazione ed apprezzamento da imporsi all'attenzione degli osservatori medici, più degli esseri a loro superiori, nella propria esiguità palesando la massima potenza.

Sotto queste vedute l'antisepsi, il metodo di Lister, applicato nelle sale chirurgiche a scopo profilattico e terapeutico contro l'infezione diede splendidissimi risultati.

Non si ripetè più l'esempio di quei clinici un tempo costretti a mettere da un canto il coltello chirurgico se vollero vedere cessare la spaventevole mortalità, non d'accordo nè con la mitezza delle affezioni nè con il genere dell'atto operatorio, talora anche di chirurgia minore.

Io vidi perire di febbre d'infezione fino un operato di idrocele con la semplice punzione.

Per l'affermate virtù profilattiche dell'acido fenico usato alla maniera di Lister certe imprese chirurgiche prima avute per temerarie, per vere e proprie uccisioni parvero meno spaventevoli, più fattibili e riuscirono anche felicemente; cosi l'estirpazione della laringe (Langenbeck, Caselli, ecc.), della faringe (Billroth), la splenectomia (Péan), la resezione dello stomaco (Dr. Guido Cavazzani, Billroth, ecc.), di intieri metri d'intestino (Koeberlé, ecc.), l'estirpazione dell'utero (Recamier, ecc.), la amputazione dell'utero e dell'ovaja (Porro), estirpazione di parte della vescica (Dr. Sennenburg), ecc.

Tuttociò prestò man forte ai sostenitori degli organismi inferiori quali eccitatori delle malattie, quali cause delle infezioni. Era ai localizzatori più che ad altri che doveva inspirare fede e simpatia questa dottrina. Si approfittò tosto dei risultati conquistati dalla dermatologia e assicurata da questa l'origine parassitaria, garantita la giustezza della nuova denominazione per talune dermatosi con il titolo di malattie parassitarie, in certe malattie infeziose si arrivò a determinare il germe causante, vegetale o animale, ma

di origine parassitaria, così per esempio nel carbonchio, nefropielite di Traube, ecc.

Fecero avanzare questi studii i lavori del Tigri, Bizzozero, Tommasi-Crudeli, Perroncito, Bozzolo, Tizzoni, ecc., in Italia; all'estero il Klebs, Mayrhofer (1870), Valdeyer, Quinquaud, l'Orth (1873), l'Heiberg (1873), l'Haussmann (1876), lo Spilmann (1876), il Winckel, il Kehrer (1876), l'Hugh Miller, il Reymond (1880), il d'Espine (1872), Davaine, Traube, Hüter, ecc.

Nacque così un qualche lontano sospetto d'un eguale etiologia ancora per altri stati morbosi, ed al pari con ricerche consimili per la setticoemia chirurgica ebbevi il suo posto lo studio per la infezione puerperale. Le esperienze poi del Pasteur, del nostro illustre Prof. Piria, dei Tedeschi sulle fermentazioni e sui prodotti morbosi si succederono, e per vari processi fermentativi si riuscì ad incolparne la presenza e vitalità di piccoli organismi e di più fu scoperto un rapporto intimo quasi direi necessario fra certe fermentazioni e certi dati organismi, al punto tale che quelle cessassero colla soppressione di questi. Naturalmente conseguì che per le malattie zimotiche si ritenesse l'influenza da eccitatori morbosi viventi, della specie sopradetta.

Ed ecco così già bella e costituita la teoria del contagio, del germe animato originante dall'altra teoria, *della zimosi.*

L'antisepsi listeriana passata poi nelle sale di Maternità portò ad effetti così soddisfacenti e così palpabili che i germi animati, i microrganismi inferiori già riconosciuti attendibili fattori di processi morbosi, svariati, della setticemia, s'invocarono tosto all'interpretazione degli accidenti puerperali, della infezione negli istituti ostetrici, negli ospedali di maternità; e affrettandosi un po' su questa via, sottilizzando con le deduzioni e moltiplicando gli esami si fe' capo alla descrizione d'un organismo caratteristico, si isolò, si esperimentò con esso e si deferì a lui tutta la potenza morbifica e si denominò il *microbo della febbre puerperale!*

Il Pasteur che primo l'additò ne diede comunicazione all'Accademia delle Scienze di Parigi e si aprì tosto una animatissima e dotta discussione, nella quale interloquirono, insieme al grande propugnatore della dottrina dei germi parassitarii, l'Hervieux, il Depaul, il Tarnier e tutta la schiera dei più strenui campioni della essenzialità della febbre puerperale.

Non è a dirsi quale e quanto incentivo al mondo medico apprestasse quella ormai celebre tenzone di dotti, e quale esca efficace riuscisse alla produzione di lavori, di monografie erudite, sa-

pienti, ora nelle osservazioni cliniche or nelle necroscopie, or sulle esperienze cliniche, or su i responsi del laboratorio chimico fondate.

Il libro del Doleris: *La fièvre puerpérale et les organismes inferieures* (1), riassunse le principali pubblicazioni sull'interessantissima questione.

È questa un'opera paziente ed un ben elucubrato lavoro; ricco di fatti esperimentali, corredati tutti di annotazioni storico-scientifiche di molto pregio, interpretati con fino criterio, con sapienti investigazioni ed illustrati con la più doviziosa messe di dottrina medica. Possiamo affermarlo il più gigantesco e robusto edifizio che la difesa delle teorie di Pasteur erigesse mai, il più agguerrito fortilizio dei localizzatori, poichè alla sicurezza, alla validità di quanto vi si sostiene, a dire dello stesso Doleris, il Pasteur coadiuvò in persona.

Lo scopo, i mezzi e la riuscita sono compendiati nel seguente brano che interessa conoscere e che io devo qui riportare:

« Je dirai que de toutes les observations qui font la base de » ce travail et des experimentations que j'ai établies sur ces » observations, un fait non douteux se degage: c'est la presence » et l'action des organismes inferieures. D'accord en celà avec les » travailleurs qui m'ont precedé je peux affirmer que le *germe* » *morbide de la maladie toujours present, ici ou là chez la femme* » *malade, manque toujours chez la femme bien portante;* que ce » germe est un organisme vivant susceptible de reproduction » dans de conditions non equivoques de rigueur expérimentale » et capable de reproduire a peu pres constamment des lesions en » rapport avec les phénomènes observés chez les malades qui les » recelaient: que le germe morbide différe suivant les differentes » formes de la maladie, dans une certaine mesure et j'ajouterai » suivant les lesions de la maladie, ce qui me paraît plus exact.

» Ainsi le pus contient toujours un organisme defini ou, si l'on » veut, une forme determinée d'organisme: c'est le micrococcus en » couple. Il peut contenir d'autres formes.... mais l'infection » d'origine extérieure toujours, à toujours pour cause un microbe » vivant. »

L'infezione puerperale per il Doleris « n'emprunte rien de spe-

(1) Dott. J. Amedée Doleris: *La fièvre puerpérale et les organismes inférieures, pathogenie et thérapeutique des accidentes infectieux des suites de couches,* Paris, Libraire F. B. Baillière et Fils, 1880.

» cial a l'état particulier des nouvelles accouchées » se ciò non è per trovarsi in connessione con l'abbattimento fisico conseguente al parto e perchè acquisti nella diminuita resistenza agli agenti morbosi una condizione favorevole al suo sviluppo. « Les accouchées » sont des blessées et elles sont en outre des blessées a part (1). » Nelle puerpere meritano massima considerazione le soluzioni di continuo per le quali si fa strada il materiale d'infezione.

I lochi (che si esamineranno al microscopio) costituiscono una parte essenzialissima dello studio per la *febbre puerperale;* vi si scopre, questa esistendo (afferma Doleris) la presenza della *materies morbi*, la presenza degli organismi inferiori. Questi, ossia il veleno tossicoemico, il materiale settico, il germe vivente, s'introducono nell'organismo e loro dischiudono una porta o fanno da mezzi di trasmissione oltre che le varie lesioni dei genitali, la piaga placentare, i linfatici e le vene cui taluni aggiungono le trombe, le *vie respiratorie.*

Il contagio, ossia l'importazione del materiale d'infezione (originante o da puerpere malate, o da operate o dai cadaveri o da altre fonti), può essere diretto, e indiretto o altrimenti immediato o mediato, il primo frequente, il secondo eccezionale. Vanno sotto alla rubrica del primo il dito dell'ostetrico, gli istrumenti, gli assistenti al parto, gli oggetti che s'impiegano ordinariamente; al secondo appartengono cause più generali, ossia si fa per mezzo *dell'aria.*

Un nostro egregio collega, il Dott. A. Masini, insieme agli studenti Ferrari e Bonone, si occupò di questo medesimo tema, e concluse anch'esso favorevolmente alla teoria parassitaria.

Ecco a qual punto oggi si trova la patogenesi e l'etiologia delle malattie d'infezione e più specialmente della setticemia chirurgica, della infezione puerperale. Questo lungo ma indispensabile sunto del moderno progresso scientifico, preceduto dall'altro sulla origine, successione, vicende ed entità delle molteplici e svariate principali teorie della febbre puerperale, risponderà io spero completamente a quanto esigeva il costrutto del mio *primo quesito.*

Ma a non volere tralasciare il minimo che su questo riguardo, io mi sento in dovere di ricordare che havvi anche in questo,

---

(1) Questa opinione è accettata da molti, ma non da tutti nel senso dell'identificazione: i più concedono che fra un ferito o un amputato e lo stato di una puerpera passi solo grandissima analogia.

come in tutte le cose nostre il rovescio della medaglia, alla perfetta conoscenza della quale è pure necessario gettare uno sguardo anche su lui.

Arndt (*Archiv. d. Virchow f.* di ottobre 1880), vorrebbe dare di nullità all'opinione di quelli che considerano i microrganismi come causa di malattie e ritiene che in tutti gli esseri viventi e in noi stessi alberghino costantemente dal più al meno, in qualunque condizione si trovi la salute nostra, i microrganismi, dappoichè egli come Nencki e Bechamp avrebbero riconosciuto che le granulazioni circondanti il nucleo delle cellule epatiche e pancreatiche siano proprio batteri, spore, cocchi, organismi inferiori veri e lampanti, e questi allo stato fisiologico, in ogni parte del corpo di sani animali in esperimento, non siano mai mancati.

Se non che un nostro egregio e dottissimo cultore di anatomia patologica il Prof. V. Brigidi giustamente all'Arndt osservò che se egli potè dimostrare la provenienza dei cocchi e dei batterii da tessuti e organi in stato normale e poco prima viventi, non tolse già per questo che essi penetrati dal di fuori abbiano che fare nella origine delle malattie.

E giacchè siamo sul terreno delle scabrosità, della opposizione, come intendere i casi sporadici spontanei di febbre puerperale? Per Hervieux (il protagonista nella storia dell'essenzialità) è d'uopo ammettere l'auto-intossicazione, la puerpera che si avvelena da sè o per sè stessa; per altri basterebbe rinunciare alla produzione dei germi morbosi viventi nell'atmosfera e sostituirvi la generazione spontanea dei medesimi; infine certi altri riconoscendo che talora appariscono buone ragioni in favore anche dell'autogenesi inclinano poi ad ammettere nei casi sporadici la decomposizione putrida dei resti placentari, dei lochi, dei grumi, ecc., e raccomandano di moltiplicare le indagini ed occuparsi veramente della causa; così facendo, essi dicono, si perviene anche per questi apparenti fatti di spontaneità, a constatare che la sorgente del germe infettivo è sempre esteriore.

Veniamo adesso al *secondo quesito* che è il seguente. Quali sono i parassiti rinvenuti fin ora nei liquidi lochiali?

Appartengono più che altro al gruppo degli schizomiceti (1).

---

(1) Il Dott. C. Luerssen, nel *Journal de Micrographie*, dà una nuova classazione degli schizomiceti. Ei dice che questi schizomiceti sono « protofiti piccolissimi unicellulari, moltiplicantisi per la divisione delle cellule, vivendo, o isolati o in

Questi organismi, per dirlo con lo Stendener, sono caratterizzati dalla loro piccolezza e risultano di cellule di forma rotondeggiante, ovale o cilindrica, le quali sono solitarie o riunite in serie ed in quest'ultimo caso possono anche formare dei lunghi filamenti sempre però non ramificati.

Questi schizomiceti crescono di numero per continua divisione; sono immobili o sono dotati di movimento, che talora non è molto ben determinato. Dei bacilli sappiamo che si muovono oscillando e serpeggiando.

---

libertà e dotati allora d'una grande mobilità: oppure in colonie avviluppate da masse gelatinose (zooglea) che si formano per il gonfiarsi delle membrane e si presentano ordinariamente allo sguardo sotto l'apparenza di gocce vischiose, di fiocchi o pellicole. Si riscontrano nei liquidi o nelle materie putrescibili, nelle quali essi fanno da agenti di decomposizione e per conseguenza di fermentazione o putrefazione.

Se ne distinsero specie fisiologiche e in particolare riguardo al genere micrococcus, andando dietro l'azione che spiegano sul loro substratum: e veduto che oltre essere compagni costanti erano ancora la causa di molti fenomeni, per questa azione si creò la distinzione generale di batteri *cromogeni* o di pigmentazione, *zimogeni* o di fermentazione, *patogeni* o dei processi patologici.

Ecco ora una classazione più specializzata e che appartiene allo stesso Dottor Luerssen.

I. Cellule non riunite in filamenti.

A. Cellule dividentisi secondo una direzione.
  1. Cellule globulose: *Micrococcus,*
  2. Cellule ellittiche o a corti cilindri: *Bacterium.*

B. Cellule che si dividono regolarmente in croce secondo le tre direzioni dello spazio. — *Sarcina.*

II. Cellule riunite in filamenti cilindrici.

A. Filamenti diritti, imperfettamente semmentati.
  1. Filamenti sottilissimi e corti, o bastoncelli: *Bacillus.*
  2. Filamenti sottilissimi e lunghissimi: *Leptòtrix.*
  3. Filamenti grossi e lunghi: *Beggiatoa.*

B. Filamenti ondulati o a spirale.
  1. Filamenti corti e rigidi.
    a) Filamenti debolmente ondulati, formanti spesso dei fiocchi tomentosi: *Vibrio.*
    b) Filamenti a spirale, rigidi, non aventi che un movimento in avanti ed in dietro; *Spirillum.*
  2. Filamenti lunghi, flessibili, aventi ondulazioni rapide, a spirale su tutta la loro lunghezza e dotati per di più di una grande *locomobilità.* — *Spirocaeta.*

Le cellule da cui resultano gli schizomiceti in genere hanno un protoplasma, nel quale stanno a volte sospesi piccoli granulini, assai refrangenti la luce e di più esse hanno un contorno semplice, netto, non membrana cellulare a doppio contorno.

Hanno bisogno della sostanza organica preformata per vegetare L' evaporazione dei liquidi nei quali stanno, il trasporto d' una grande quantità di essi mediante i vapori acquei e la loro sospensione nell'aria servono alla propria conservazione. Se dall'aria passano in liquidi convenienti, si moltiplicano, dividendosi. Per loro opera si alterano le sostanze albuminoidi e ne derivano gli svariati processi di scomposizione, la putrefazione, che come hanno causato sono anche capaci di mantenere.

Sulla varietà dei processi di scomposizione indotti da diversi di questi organismi e sulla varietà delle malattie con le quali si riconobbero frequentemente associati, si fondarono denominazioni speciali per gli organismi stessi desunti più che altro dalla morfologia loro. Ma poi la grande rassomiglianza che hanno gli uni con gli altri rendendo poco caratteristica una distinzione morfologica, se n'è tentata un'altra, quella basata sulla specificità della loro azione: quindi ne vennero il batterio del carbonchio (Davaine), il microsporon septicum di Klebs ed oggi il batterio settico della setticemia rapida, il micrococco in forma di chapelets o coroncine della setticemia tenue, il microbo piogenico in grani accoppiati.

La forma hanno svariata; si conoscono come più studiate quelle così dette *corpuscolari (micrococchi)*, a punti, a grani o chicchi, a vescicoline, poi quelle *bacillari* o a bastoncelli, a cilindretti (*batteri*) od anche a filamenti; ed a seconda della loro disposizione del loro aggruppamento, le *forme cellulari*, rotonde od ovoidali o corpusculari si chiamano punti doppi, zooglee (cumulo, ammasso di celluline riunite da una sostanza gelatinosa trasparente che poi le circonda o delimita), microbi a coroncine, a catenelle di 4, 5, 6, 7 o più individui. La riunione di due fu anche denominata diplococco e così triplococco quella di tre.

Quanto alle *forme cilindriche* anche qui i nomi variano a seconda della divisione, della distribuzione, della figura, dell' atteggiamento di questi piccolissimi esseri. Se ne hanno dei corti, dei lunghi e lunghissimi; alcuni sono diritti, altri contorti, flessuosi. Taluni si presentano a guisa di filamenti anch'essi variabili di lunghezza, di spessore, di direzione e di modalità nei movimenti.

Si ricordano fra i principali il batterio settico, l'oidium, il leptotriz, ecc, per non dire di altri veduti nell'escreto lochiale, ma non per anco bene definiti nei caratteri loro. Per maggiori dettagli sopra i microrganismi vegetali, vedi il bel lavoro del Rivolta Prof. S.: *Dei parassiti vegetali come introduzione allo studio delle malattie parassitarie.* Torino, 1873.

Il *terzo quesito* è così concepito: quali microrganismi furono trovati più frequentemente nei lochi?

Il bacterium termo (Ehrbg) o comune, i micrococchi isolati, il microbo piogenico o *en couple* sono quelli che più ordinariamente si constatarono nell'escreto lochiale delle puerpere malate.

A seconda poi di certi caratteri clinici dell'infezione, vidersi campeggiare ora questo ora quel microbo, afferma il Doleris; e per ciò egli si crede autorizzato a stabilire le seguenti due grandi categorie cliniche:

1. Batteri cilindrici settici *(setticemia rapida)*;
2. Micrococco in forma di coroncine *(setticemia tenue).*
   Micrococco in forma di coppie *(suppurazione).*
   Micrococco in forma di punti.

Il *quarto quesito* è complesso e lo dettammo in questi termini: Quali e quanti microbi (esseri viventi piccolissimi) trovammo noi? che significazione morbosa o speciale potremmo dar loro? quali suggerimenti di profilassi puerperale associarvi?

Dagli appunti di tutte le osservazioni microscopiche da me istituite e parte delle quali già riportai, mi risulta di avere ottenuto, usando sempre le cautele della tecnica microbiologia del Pasteur, i fatti che seguono.

I micrococchi che osservai nei liquidi lochiali si muovevano assai animatamente ed in ogni senso, ma a preferenza in senso circolare e intorno a sè stessi come se fossero stati imperniati.

I bacilli ostentavano un movimento di progressione, oscillando sempre a destra o a sinistra con la loro metà superiore.

Tralascio a bella posta su ciò alcuni minuti particolari che ebbero la loro menzione nelle note ed osservazioni cliniche riferite in questo scritto.

Il numero di questi esseri microscopici era ora più rilevante, ora meno, ma sempre però non indifferente.

Mi occupai di ricercare quale temperatura corrispondesse coi

microbi nei casi dove erano in copia e nei casi nei quali si mostravano assai scarsi.

Le medie delle temperature sì ascellare che vaginale nelle donne a lochi con microbi confluenti apparvero tutte e due superiori di qualche decimo alle medie avute dall'esplorazioni termometriche sulle donne a lochi poveri di microbi.

Ritenendo non scevro d'interesse l'accertarsi se l'involuzione uterina tenesse un qualche vicino rapporto con la diversa quantità dei microrganismi esistenti, confrontai i gradi d'involuzione riferentisi ai lochi più forniti di microrganismi ed i gradi d'involuzione che si trovavano più spesso e più constantemente con lochi meno popolati di quegli stessi esseri organici e potei conoscere che negli ultimi l'utero segnava in media un'involuzione meno progredita, il volume suo essendo un po' maggiore. Ma la differenza non fu mai ragguardevole.

Il giorno del puerperio che all'osservazione diede un frequente accumulo di microbi nella lochiazione fu a preferenza d'ogni altro il quarto ed il quinto giorno. Ne trovai assai popolati i lochi anche nel sesto e settimo, ma non nel medesimo modo e quantità dei giorni suddetti.

Il più spesso, quando li studiavo senza fare uso della soluzione di potassa, questi microrganismi occupavano una sede a parte nel campo microscopico, ma talora erano qua e là disseminati intorno e sopra agli elementi anatomici e per entro alle cellule epiteliali stesse.

Quando detti germi, per il loro gran numero, pareva formicolassero nei lochi, unitamente e se non sempre, almeno molto spesso, esalava dai genitali un penetrante e nauseabondo odore, non di fetidità vera e propria. La forma degli organismi inferiori che io più volte ebbi luogo di osservare nei lochi di puerperii fisiologici fu varia. Tutti assai piccoli, del volume proprio agli schizomiceti, ora formati a guisa di tante celluline di contorno regolarmente circolare o leggermente ovale, ora invece formati come piccoli e corti cilindretti. Stavano il più spesso isolati ed a diverse distanze fra loro; qualche volta invece si avvicinavano molto occupando un piccolissimo spazio qua e là pel campo del microscopio in modo da apparire come altrettanti isolotti.

Non di rado la riunione di questi microrganismi si faceva così strettamente e con tanta regolarità che si sarebbero potuti limitare con un cerchio perfetto e ti richiamavano alla mente la con-

figurazione di grosse cellule cui fosse rimasto solo il protoplasma granuloso, private allora allora del proprio inviluppo; e difatti può essere avvenuto che la soluzione di potassa abbia distrutte le cellule epiteliali contenenti i microbi, ed essi rimasti senza quella specie di astuccio, siansi ciò non ostante mantenuti nella primitiva loro disposizione. È dunque qualche volta un'accidentalità pura e semplice la distribuzione, la figura assunta dall'ammasso di questi piccoli esseri.

Talora li vidi uniti in diverse piccole e corte serie lineari, a colonne, andare formando quelle che furono dette chapelets o coroncine, di 4-8 chicchi ed anche lunghissime diritte od a nastro contorto e resultanti di un numero discreto di grani; tal'altra volta erano disposti due a due, costituendo così queste celluline i diplococchi, a tre tre i triplococchi; infine, riprodotte molte delle principali forme che illustrò tanto chiaramente e con si profonda dottrina il Pasteur, e dopo di lui il Doleris ed altri.

Quanto ai corti cilindri è d'uopo che io rilevi come ne esistevano vari di una lunghezza uniforme (vedi il disegno) ed altri di lunghezze diverse e maggiori a quei più comuni, e fra questi più lunghi ne fissai alcuni che parevano resultare dalla fusione delle pareti laterali di micrococchi strettamente vicini; e ciò affermo perchè in alcuni di essi vedevasene una appena percettibile traccia consistente in un leggero strozzamento che si ripeteva a determinate ed uguali distanze.

Riscontrai ancora la presenza dei *trichomonas*.

In una sola preparazione scôrsi distinto un organismo tutto speciale: era configurato a guisa di batterio filamentoso lungo assai, girante su sè stesso. La donna era certa T. Bus. Aveva Temp. asc. 36 $^{5}/_{10}$. Temp. vag. 37 $^{4}/_{10}$. Lochiazione scarsa, sierosanguigna, ma più sierosa, e di odore normale.

Nelle mie preparazioni, la maggioranza di questi individui d'un regno infinitesimale fu sempre tenuta dai micrococchi unici isolati e che si mostrarono in quantità variabili. I diplococchi ve li notai pure assai spesso, ma non confluenti al modo degli altri. E non infrequentemente ebbi anche ad osservare le coroncine, chapelets, di varii chicchi.

Ripetendo che le donne dalle quali io presi i lochi per i miei esami godevano tutte ottima salute e quindi un puerperio fisiologico nel più ampio significato della parola, prendo ora a riflettere sulle mie stesse osservazioni e principalmente mi fermo a

considerare come esse concludessero del tutto inversamente a quelle di Pasteur, Doleris ed altri, e cioè per la coesistenza di microrganismi multiformi e numerosi nei lochi di puerpere *sanissime.* Dopo ciò bisogna bene venire ad ammettere una di queste due cose. O che questi esseri erano in quelle secrezioni come un fatto eccezionale ossivvero vi stavano come un fatto non anormale e che potrebbe anche divenire attributo costante della secrezione lochiale.

Elimino subito l'eccezionalità, giacchè se è pur vero che essa sta accanto ad ogni regola, non è mai che possa andare di pari passo con questa, l'esiguità e l'inferiorità nel numero dei dati comparantisi, essendone la qualifica principale, essenzialissima. Nei casi nostri, tanti furono gli esami e tante ugualissime le resultanze; bando adunque a quel primo supposto che si reggerebbe davvero su troppo tenui fili.

Ma se nei lochi fisiologici i microbi da noi rinvenuti meritano l'appellativo di un fatto non anormale sibbene piuttosto sempre possibile, come si intenderanno i timori che sembrerebbero giustamente inspirati a Pasteur e seguaci suoi dalla presenza di questi esseri microrganici, timori spinti per fino a predire da essi un facile e prossimo attacco d'infezione, se infezione non esistesse già?

Rinunzieremo alla teoria parassitaria?!

La teoria parassitaria gode oggi quasi universale simpatia ed io non so schierarmici contro davvero, perchè mi desta altissimo interesse essa stessa e perchè nutrisco somma fiducia ai suoi colossali valentissimi campioni per i loro lavori di profonda e illuminata dottrina. A questo riguardo uno dei nostri più illustri patologi moderni giustamente ha scritto: « Per certo la teoria parassitaria dei contagi è quella che meglio soddisfa al nostro spirito, meglio ne calma l'irrequieta curiosità e meglio si acconcia con le attuali nostre vedute scientifiche » (1).

Se Hug Miller espresse già la convinzione che microrganismi si possono trovare sempre nei lochi e che sia solo importante per il prognostico il numero di essi, io dovrei andare molto più oltre, giacchè i miei esami con le loro resultanze mi offrirebbero di trarre congetture anche più esplicite e più ampie; principalissima

---

(1) *Crup e difterite.* Lezione fatta il 21 febbraio 1875 nell'anfiteatro anatomico di Torino dal Prof. Giulio Bizzozero. Torino 1875. Libreria Luigi Beuf.

quella di ammettere nell'escreto lochiale fisiologico non tanto l'esistenza in genere di microbi ma ancora l'esistenza di altri simili a quelli che il Pasteur battezzò per dannosi, per infettivi. Ma in conclusione potrei poi dire di così possedere tanti e tali argomenti da infirmarla questa ormai celebre teoria? No: non lo credo, nè vedo che cosa mi debba obbligare a far ciò. Anzi dichiaro di nuovo che in massima la teoria parassitaria è per me, come penso sia anche per molti altri, accettabilissima, non potendo, come già avvertii, rinunziare totalmente ai bei frutti delle altrui rinomate esperienze; ritengo piuttosto che alcune proposizioni emananti da essa e onorate forse troppo presto del pomposo ed imponente titolo di *legge*, debbano ancora essere discusse e che il loro assolutismo sia assai difettoso. E a tanto difficile impresa, qual'è questa discussione, volentieri mi accingo col propormi di spiegare la contraddizione che si palesa fra i risultati miei e di Pasteur, o meglio di rintracciare le ascose ragioni per le quali quei microbi nelle nostre puerpere furono *innocui*.

La via a percorrere per raggiungere lo scopo (lo vediamo subito), è seminata di roghi, intralciata, ingombra di materiale pesante, *dinamitico;* è la via delle ipotesi. Noi la battiamo, lusingandoci la speranza di pervenire a commutare nome sì poco gradito in quello più attraente di *sicurtà*.

Non c'è da assegnare gran peso alla ipotesi che spontanea e comodissima ci vien incontro la prima, la *non recettività* delle persone, la refrattarietà loro, la speciale idiosincrasia, avversa all'infezione; è troppo grande il numero dei casi constatati di puerperio fisiologico e coincidente presenza di microrganismi nei lochi, perchè si abbia a fermarsi a si corta tappa, gabellando per giusta questa ragione.

La disparità delle condizioni individuali di quelle donne, alcune d'una età, altre d'un'altra, talune primipare, altre multipare, di professione non uguale, non di uguale provenienza, ecc., ecc.; è una seria obiezione e da sola basterebbe ad impugnare la validità della causa, quando si fosse disposti ad assumersene in tal modo la difesa. Passiamo adunque ad altre ipotesi ed incominciamo dalla *multiparità* prevalente nei soggetti in esame: è stato verificato che l'infezione puerperale colpiva più difficilmente e più di rado le *multipare*, poichè esse meno delle primipare andrebbero esposte alle lacerazioni del collo uterino, del perineo e avrebbero parti meno lunghi, quindi meno pericolosi; in una parola offri-

rebbero con minore facilità e frequenza all'agente settico il mezzo di penetrare nell'organismo, non dischiudendogli facili vie di assorbimento quali sono le lesioni di continuità.

E quella inevitabile lesione che è al luogo d'impianto della placenta non esiste ella anche nelle multipare?! Niuno lo nega e lo negò mai; ma i vasi di cotesta superficie, si rispose, sono già obliterati quando la secrezione lochiale pienamente si determina od è più attuosa.

Quindi la multiparità pare a tutta prima una ragione da non disprezzarsi, quando si voglia interpretare la innocua dimora dei parassiti nelle nostre puerpere. Pure guardando bene dentro alla questione riflettiamo che se le multipare sono più rispettate dalla febbre puerperale che le primipare, non ne sono però esenti, e nell'epidemie parecchie di loro dovettero similmente morire; il Tarnier sopra 190 donne morte per il parto ebbe a notare 71ª multipara. Perchè questa circostanza della pluriparità avesse valore assoluto nel caso nostro e bisognerebbe che significasse assoluta immunità dalla infezione; e oltre ciò non essere devo ricordare che fra tutte le nostre donne scampate a qualsiasi infezione eranvene ancora delle primipare.

Potrebbe passare per una spiegazione, potrebbe persuadere della innocuità dei nostri microrganismi il coincidere di essi, in un certo buon numero, più specialmente col 4°, 5°, 6° giorno del puerperio, la rarità delle lacerazioni constatata anche in quelle delle nostre puerpere che erano primipare? Per verità a noi sembrano assai deboli ragioni coteste. Primieramente noi li trovammo in tutti i giorni del puerperio e la maggior copia di essi fu è vero nel 4°, 5°, 6° giorno, ma ciò si ottenne per calcolo di medie, non si verificò individualmente sempre, poichè talora ne trovammo in numero discreto anche prima del 4° giorno (quando la piaga placentare non presenta ancora i vasi ben chiusi, ne è attivata pienamente la riparazione nella località, la superficie sua detersa, sbarazzata da particelle necrobiotiche), e allora si sarebbe dovuto avere almeno una febbre, una infezione *tenue* e non la riscontrammo neppure una sola volta.

Un'altra ipotesi per trovare modo di intendere la possibilità d'una lochiazione fisiologica non ostante i parassiti da noi descritti, è quella che si fonderebbe sulla quantità. Sentenziò il Pasteur « lorsqu'ils sont abondants, le danger est reel; » la quantità è più temibile della qualità, asserì il Doleris: « bien en-

tendu, ei segue a dire, la qualité y est pour une grande part, mais on se débarrasse plus facilement de microbes très nuisibles en très-petits quantité, que des microbes moins nuisibìes s'ils sont très abondants. »

Ma noi non possiamo gran che giovarci di questa ipotesi, noi non possiamo dire che gli esseri microrganici da noi rinvenuti in quei lochi fossero in numero scarso.

La reazione di quest'escreto lochiale spesso saggiata e risultata non di rado acida, neppure è sufficiente dato sul quale poggiare il perchè dell'innocuità di quei parassiti, i quali sappiamo che trovano più favorevole condizione al loro sviluppo nell'alcalinità dei liquidi. I lochi delle nostre donne non resultarono già constantemente di reazione acida.

Non ci è permesso d'invocare nè anche la ragione delle pratiche di antisepsi listeriana, mercè le quali si sarebbe potuta estinguere o paralizzare l'azione malefica dei microrganismi e per ciò avremmo veduto mancare l'infezione, poichè, come prova Munassein « les germes finissaient par perir dans le milieu phéniqué »; non possiam invocarla poichè non fu sempre ugualmente, nè per tutte le puerpere quella antisepsi praticata.

Supporre poi che quei microbi nei lochi vi fossero perchè penetrativi durante i preparativi per raccoglierli e per sottoporli all'esame necessario, sarebbe una vera e propria accusa d'inesperienza nell'osservazione; e contro quest'accusa fu presa premunizione sufficiente, ed oggi si può respingere lungi ripetendo che fu con scrupolo osservata la tecnica microbiologica del Pasteur, ed ogni più minuziosa cautela messa in atto pur di evitare che i risultati finali avessero da intorbidarsi; prove e riprove poi sulla convenienza del metodo tenuto, assicurarono che ei non era meritevole neppure del più lieve rimprovero.

La morfologia dei parassiti non per anco ben nettamente determinata, la diagnosi differenziale fra le innumerevoli loro individualità, non assicurata su basi resistentissime, nè affidata a mezzi d'investigazione ben sicuri, potrebbe dare un certo valore ad altra ipotesi. La specificità della loro azione ora benigna, ora micidiale può andare confusa per una immutabile apparenza esterna e per una configurazione al microscopio che nei loro stati primordiali di sviluppo sia per molti di essi ugualissima (cosa che è stata confermata spesso) e possa così attagliarsi tanto ai germi da temersi, come a quelli innocui: mentre in seguito sotto condizioni

speciali, specialissime, per ora (diciamolo), pari a quelle volute per la cultura loro, i caratteri dei germi vengano a palesarsi per quelli propri ad agenti micidiali, ovvero si riconoscano per affatto innocenti.

Mi appiglio a questa ultima ipotesi che parmi la più ragionata, la più suadevole, la più probabilmente vera; e concludo che i microbi esistenti nelle nostre puerpere erano microbi benigni simulanti nei loro esteriori caratteri i microbi dannosi. Questa la ragione precipua della mancata infezione e non spregiando affatto le condizioni di multiparità, di mancanza di lesioni nelle nostre donne, la maggior copia di microbi nei lochi coincidente in media verso il 4º, 5º, 6º giorno, ecc., ecc., sarà più facile intendere come anche il numero talora discretamente elevato di questi parassiti non commutasse la specificità d'azione innocua, loro propria, nell'altra di azione dannosa.

Ci convinciamo poi di avere dato nel vero con la ipotesi fondata sulla morfologia dei parassiti anche perchè certi caratteri specificati proprii d'un dato organismo, non sempre li vedemmo mantenersi tali, così il microbo che il Pasteur chiamò piogenico od agente della suppurazione, noi lo si trovò anche nei lochi cui mancavano le qualità per dirli purulenti e in cui la fetidità ugualmente faceva difetto.

Le coroncine, chapelets, il microrganismo della setticemia tenue si constatò più volte nei prodotti lochiali di donne che neppure avevano sofferto semplice malessere, dolore addominale o brevissima piressia al 3º e 4º giorno di puerperio, lievi stati con i qnali alcuni spiegherebbero la presenza dei micrococchi in donne che *appariscono* non infette.

Noi quindi possiamo scendere alle conclusioni seguenti. Affermiamo che esistono due grandi specie di organismi inferiori, l'una *dannosa* per gli individui che la ricettano, l'altra *innocua*.

I caratteri che furono dati finora per differenziare questi esseri fra loro, mancano di quelle particolari condizioni che occorrono per dirli caratteri *costanti* e *sicuri*.

È conseguente a questa indeterminatezza di segni, di forme, di caratteri una facilità d'illusione, d'errore, di scambio nell'assegnare a questi l'appellativo di innocenti, a quelli di dannosi.

Questi ultimi, date certe circostanze, possono non avvelenare, venendo paralizzati nella loro azione o perchè contemporaneamente al loro giungere le cautele di antisepsi listeriana agirono

(come è loro virtù) da antidoto efficace, o perchè i processi di riparazione organica avessero già chiusa la via al loro cammino, o infine perchè nella sede della loro dimora fossero state intatte le mucose (Haussman-Billroth). Ed è ciò veramente provvidenziale giacchè fuvvi chi asserì che in certi liquidi insieme ai microbi innocui albergano facilmente taluni perniciosi.

Si dice che i benigni possano farsi dannosi se si trovano in stragrande quantità, la quale, come già avvertimmo, farebbe al Doleris più timore che se possedessero a dirittura la qualità di dannosi.

La presenza costante dei microbi nelle 65 osservazioni ed in quanti altri esami di puerpere sane, a questo scopo praticai, sempre confermata, mi permette di concludere che i *microrganismi esistono sempre nei lochi di tutte le puerpere* senza far più distinzione di sane e malate.

Senza tema di errare può sostenersi che nei lochi, oltre all'elemento anatomico, sussiste sempre un altro elemento, il *parassitario*.

I medici legali prendano atto di questa importantissima conclusione; ecco a loro un segno di più per caratterizzare meglio l'*escreto lochiale*, segno pregevole se nel raccogliere i lochi e nell'esaminarli ci si sarà guardati con grande cura dall'accesso fortuito di germi esterni sulla preparazione. Vero che anche nelle secrezioni delle gravide (Haussman), di donne fuori dello stato di gravidanza e di puerperio i microrganismi figurarono qualche volta; però di ciascun di quei fatti eccezionali non difficilmente fu trovato il plausibile accidentale motivo: ma nelle nostre puerpere ricordate e in quante ne esaminammo di poi, quell'*elemento* parassitario fu costante in tutte e in tutti i giorni di puerperio. Rimane ora soltanto da designare, da specializzare un tal reperto un po' più diffusamente: còmpito questo arduo e lungo e che il solo progresso scientifico che ogni dì si palesa, può far sperare di veder soddisfatto in un tempo non lontano da noi.

Indispensabile intanto è pure riconoscere i microbi benigni dai perniciosi, poichè quelli dimorando nei genitali muliebri non alterano la salute della donna, quest'ultimi l'espongono a gravi pericoli.

Si approfondiscano adunque le indagini, si studino accuratamente le caratteristiche più evidenti e più ferme che vantano questi microbi, fino a potere dire — che con i tali havvi pericolo

di infezione, coi tali altri non ve n'è — ed allora la profilassi e la terapia moderna nelle sale di maternità, toccheranno l'ambito apogéo della loro gloria.

Nel presente stato di cose, referendosi in ispecie alla difficoltà grande di scorgere il buono dal cattivo nei tanti esseri microrganici a studio, è tanto più comandata e tanto più imposta una rigorosa antisepsi giovevole sempre contro i microbi delle due specie, sia impedendo il soverchio loro accrescimento negli uni, sia distruggendo negli altri la perniciosità della sua azione.

FIGURE DELLA SECONDA PARTE

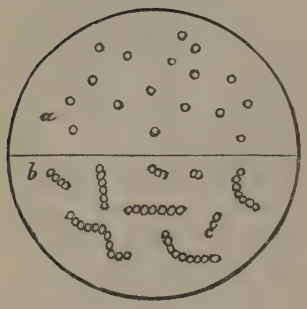


Fig. 1.ª

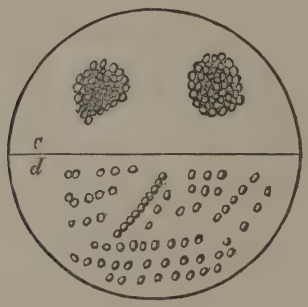


Fig. 2.ª

Fig. 3.ª

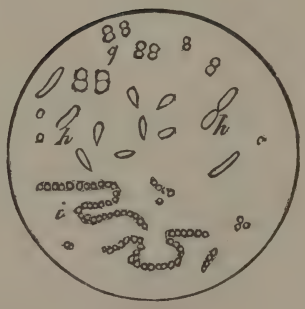


Fig. 4.ª

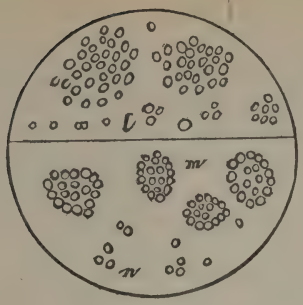


Fig. 5.ª

Spiegazione delle Figure.

Fig. I. *a*. Micrococchi isolati — *b*. Diplococchi, triplococchi, coroncine corte.

Fig. II. *c* Zooglee. — *d* Diplococchi e micrococchi in serie lineari.

Fig. III. *e* Coroncine lunghe, contorte, flessuose. — *f* Gruppi di micrococchi.

Fig. IV. *g* Micrococchi riuniti due a due e che vanno perdendo nei punti di contatto la continuità d'una loro parete fino ad apparire bacteri.

h Batteri di varie forme e lunghezze.

i Altre coroncine brevi, di quattro micrococchi, un diplococco e due coroncine a nastro.

Fig. V. *l* Micrococchi, taluni sparsi, i più a colonie.

m Micrococchi che mantengono la figura delle cellule nelle quali stavano prima che agisse su queste la soluzione di potassa.

n Qualcuno anche qui è isolato o a guisa di diplococco e triplococco.

Fine della seconda parte.

(Continua).

RASSEGNA

L'IMPERO CELESTE

Idea generale sulla Medicina. — Studio particolare sull'Ostetricia. — Esportazione (1).

Sono tre secoli, o poco più, che la China ha raggiunto l'*excelsior* della scienza e fece punto..... Milioni di volumi sopra ogni parte dello scibile furono scritti in quei remoti dì, e le idee balzane, stantie, impossibili che vi si trovano svolte, sono le sole accettate tuttodì su quella piazza: chè questa differenza capitale passa fra il popolo celeste ed il terrestre, il primo s'attiene tranquillo ed a piè fermo all'antico, il secondo s'arrovella in cerca del nuovo, e muta col mutar del vento. Quei volumi sono il testamento degli Antichi Saggi della China: guai a chi li tocca!.... L'ha giurato unanime *Confucius et semen ejus in secula.* È un esempio di rispetto che non ha riscontro nella storia di altri popoli,.... eccezione fatta della venerazione che gli *irredenti* hanno per lo stivale sinistro che portava Garibaldi ad Aspromonte, e della compunzione con cui gli *ultraredenti* adorano la trita e ritrita paglia che abbia servito di giaciglio al Sommo Prigioniero.

Egli è a tale consorzio di fedeli defunti che trovasi affigliata la medicina chinese, la quale di moderno non può vantare che di essere *umoristica* in tutta l'estensione del termine. Entriamo senz'altro nel teatro anatomico. Vi divertirete più che alla rappresentazione di una commedia, fatica particolare di Meneghino e di Pulcinella.

Gli Antichi Saggi della China (e ogni volta che verranno in scena in questa elucubrazione esotica, abbilo per sinonimo di medici antichi e moderni del Celeste Impero) non si lordarono mai le dita nello sparare

(1) Questo articolo non è che una *liberissima* traduzione di un lavoro del Dottore Robert L. Harris stampata nell'*American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children.* Vol. XIV, N. 3, July 1881.

cadaveri umani. In fatto di anatomia comparata essi decretarono che il sipario di divisione fra l'organizzazione dell'animale-uomo e quello dell'animale-bruto è tale, che al paragone la grande loro muraglia la quale separa la Cina della Mongolia, salendo per irte montagne, scendendo per dirupi, varcando larghi fiumi per l'estensione di 2400 chilometri, non è che un *bacillus malarius*, epperò è opera insana il sagrificare i bruti per costruire l'uomo. Qui gli Antichi Saggi della China giuocano la parte di precursori dei moderni antidarwiniani.

Vibrati unicamente sull'ali dell'immaginazione gli antichi Saggi della China ammanirono per sè e pei loro discendenti un trattatello d'anatomia che vale quanto il Perù, prima della recente guerra col Chilì.

I polmoni dei Chinesi hanno sei lobi: s'inseriscono in alto alla terza vertebra cerebrale e sono la sede dell'anima. La chinesaggine di imprigionare l'anima in qualche organo non dispiacque in Europa: ma la tolsero da un clima troppo equatoriale, per sublimarla in sito più aprico. Vi fu chi la credette tanto piccina da assegnarle un conveniente alloggio nella ghiandola pineale: altri giudicandola di natura acquatica la tuffò nei ventricoli cerebrali, ed un distinto anatomico, tormentato forse da epiteliomi alle piante dei piedi non esitò a proclamare: « *anima autem sedet in corpore calloso.* »

La trachea è larga quattro pollici, e lunga quattordici! — Il fegato è il regolatore dei movimenti degli occhi, ed è suddiviso in sette lobi. Il cuore domina l'intelligenza; ha sette orifizi ed è inviluppato dal pericardio, che lo difende dalle emanazioni pestifere. Gli intestini tenui intrecciano sedici circonvoluzioni e simpatizzano col cuore, le grosse budella armonizzano col fegato.

Giurando sulla parola degli Antichi Saggi, i medici chinesi proclamano tuttora che le arterie contengono aria, ed eccellentissimi nella sfigmica, ti sanno rintracciare differenze di polso, a petto delle quali i tracciati dello sfigmografo del Marey non sono che scarabocchi di scuolaro della prima elementare. Il polso,.... ecco tutto per la diagnosi!.... Via, siamo giusti, di barbassori i quali vogliono saperne una maledetta di altre esplorazioni, sordi all'ascoltazione, freddi al termometro, orbi al microscopio e schifiltosi ad assaggiare urine, ne inciampi ovunque per il gemino emisfero tu mova il piè!.... La diagnosi alla chinese ebbe fra noi due strenui propugnatori nel Gandini e nel Sacchero, ma non trovò terreno adatto per allignarvi, in causa forse di essersi di troppo allontanati gli Italiani dai precetti degli Antichi Saggi della China. Questi prescrivono che si tasti il polso prima a destra, poscia a sinistra; e partendo dall'articolazione radio-carpea dividono l'avambraccio in quattro punti equidistanti segnati rispettivamente coi numeri 1, 2, 3, 4. I palpiti del cuore si fanno sentire al N. 1 dell'avambraccio sinistro: i guai del fegato al N. 2 dell'avambraccio destro: al N. 3 dell'omonima regione vengono a piatire i polmoni, lasciando il corrispondente N. 4 in libertà per le erut-

tazioni del ventricolo: dei reni si tiene calcolo al N. 4 dell'avambraccio sinistro, ecc.

Il calore *(yang)* e l'umidità *(yin)* sono i fattori che diedero vita alla creta. Il primo elesse il proprio domicilio nelle membrane viscerali, il secondo s'annida in istato d'imbibizione nei polmoni, nel cuore, nel fegato, nella milza e nelle rena. Come i due fattori sono in amichevole rapporto abbiamo la vita, la salute: se le relazioni si fanno alquanto tese l'indisposizione e la malattia, ed a seconda dell'esito della scaramuccia trattato di pace o morte. Ridotti a vita tanto semplice gli abitanti del Celeste Impero avrebbero salute da vendere a tutto l'orbe terracqueo, se il calore e l'umido non subissero l'impero di cinque elementi: *terra, fuoco, metallo, acqua* e *legno,* ad ognuno dei quali presiede un Dio. Conoscere quale degli Dei ciurla nel manico e placarne l'ira, ecco lo scopo della medicina chinese, basato intieramente sulla filosofia speculativa, sulla religione e sulla negromazia. Per fortuna gli Dei del Celeste impero sono di buona bocca, e s'acquetano a quanto produce la loro terra: l'offa più in voga per tutti i mali, sono delle pillole composte di rene di topo e cervello di coniglio, che non dispero di trovare un giorno segnate con tanto di *patent* nelle tante nostre farmacie dall'*english spoken*, quando il credito degli attuali specifici volga al tramonto. Per ora fate largo al catrame!... Acqua di catrame, pillole di catrame, pastiglie al catrame, sapone al catrame, polverizzatori al catrame *intus et in cute!*.... Che sarebbe del corpo umano, se d'un tratto si disseccassero le sorgenti del catrame!.... Non altrimenti Noè prima di affidare l'arca agli infidi marosi del Diluvio Universale, ebbe cura d'*incatramarla ben bene di dentro e di fuori.*

Se di tante corbellerie è infiorato il tema della patologia generale chinese, non meno divertenti sono le variazioni che riferisconsi alle singole branche. Noi passeremo solo in rivista ciò che ha rapporto coll'ostetricia.

Gli aforismi ostetrici degli Antichi Saggi della China sono raccolti in un volume che porta in fronte « *Tat Shang Pin* » ossia l'ostetricia alla portata di tutti. Egli è da tale libro, tradotto recentemente in inglese dal Dott. John G. Kerr di Canton che viene stralciato quanto noi offriamo alla portata dei nostri lettori. Nè andremo tanto per lunghe sopra tale argomento, chè nell'opinione degli Antichi Saggi della China l'ostetricia non è che una mera superfetazione, e l'ostetrico un inutile fuco che le donne dovrebbero bandire dalla loro presenza come un essere lubrico e pregiudizievole.

Gli Antichi Saggi della China scoprirono la natura in atto nel pollaio, e statuirono che la donna al pari della gallina deve essere passiva nel parto, mentre il feto, a mo' del pulcino, ha innato il potere di uscire dalla prigione in cui fu concepito. Traduco letteralmente il *Tat Shang Pin:* « Il pomo maturo cade da sè medesimo. — La produzione delle altre cose in natura non è difficile. Come è giunta l'ora ai fiori di sbocciare, ed ai pulcini delle galline e delle anitre di sortire dal loro guscio, forse che è necessaria l'opera dell'uomo?.... No di certo.

Meno che necessaria nel parto è l'opera stessa della gestante..., meglio per il feto se la mancasse affatto!.... Autonocchiere abilissimo, ei sa dirigere la propria sortita attraverso gli stretti superiore ed inferiore, e prenderà felicemente il largo nel *mare magnum* della vita, se con inconsulte contrazioni, con screanzati premiti da soggetta, la partoriente non farà deviare il timone a libeccio ed a tramontana!.... *Lumen de lumine!*.... Ecco perchè più tardi che per le altre branche della medicina si è riconosciuta l'importanza dello studio pratico dell'ostetricia, e la donna, fino a questi ultimi dì esclusa dal Lazio, esercitò da sovrana l'arte medica nel piccolo paese che

. . . . . dall' ombellico parte
E va giù giù di Venere sul monte.

Puttini o bambole, siamo tutti ostetrici ancor prima di nascere: è una laurea acquisita per diritto di concezione! »

Ma torniamo nelle celesti sfere..... La gravidanza non ha un limite fisso: si danno casi in cui il feto vive col sussidio della placenta per oltre dodici mesi. E perchè non crediate che io sia in vena di sballarle di grosse in grosse, traduco dal *Tat Shang Pin* la seguente storia: « Po Ya, moglie al terzo figlio del Mandarino Folk Shan, donna giovine e robusta, ebbe già tre parti, tutti all'ottavo mese di gravidanza: soffrì ognora dolori lancinanti dopo il parto e perdette regolarmente i figli all'età di un anno. Questa volta come si trovò nell'ottavo mese, mi fece chiamare e la trovai col respiro ansante, condizione che durava da tre giorni. *Esaminai il polso e trovai che era in rapporto coi visceri.* Le ordinai di giacere tranquillamente in letto e di prendere un calmante: nel mattino seguente la testa non poteva più raggiungersi e disse di sentirsi tranquilla. *Cento e venti giorni dopo*, cioè alla fine di dodici mesi revoluti, ella diede alla luce un bimbo che ora ha otto anni. Ciò non deve recare meraviglia (è sempre il *Tat Shang Pin* che parla); gli Antichi Saggi registrarono casi in cui la nascita del feto si protrasse per tre o quattro anni, causa la sua reluttanza ad esordire sulle scene del mondo. Ciò è naturale!.... Il feto è in casa sua, ed avendo il potere di uscire, nulla può impedirgli di restare.

Durante la vita entruterina il feto siede tranquillamente sulla vetta basica dell'osso sacro. Come s'è fitto in capo l'*homo sum et nihil humani a me alienum puto*, lascia la sua rôcca per portarsi in più respirabile aere. Nelle acque amniotiche è facile la pesca dei granchi, che sono frequente cagione del parto prematuro; ove il feto prenda un granciporro si ha l'aborto. In questa evoluzione ove gli salti la mattana di trinciare una capriola, facile è che si sfracelli il capo contro le ossa del bacino, o l'incoglie grave commozione cerebrale che mette a repentaglio la sua vita, prima che possa fruire dei diritti civili. Più spesso egli è carpone carpone che s'accinge all'impresa, ed è questo l'istante critico delle pre-

sentazioni, anormali tutte se non siano del vertice. I chinesi vorrebbero che la donna in questo momento schiacciasse un sonnellino, o si divertisse con qualche ninnolo che la distraesse da quanto si va ordendo per entro il proprio ventre. Se essa si dà a premere od a ponzare quando il feto, lasciando il seggio sacro, si rizza in piè, ne seguirà necessariamente la presentazione podalica: si avrà la trasversa se tali sforzi intervengono quando il feto si è di già abbrancato colle mani alle ossa del bacino: che se la donna inerte fino a questo punto, si dà a ponzare quando il feto eseguisce il movimento di rotazione della testa, sarà giuocoforza rassegnarsi ad una presentazione della faccia. Nel *Tat Shang Pin* il momento in cui la partoriente deve intervenire è indicato con matematica precisione: « Quando tutte le giunture del bacino sono rilassate e cascanti si fanno le mammelle: quando hanno mutato forma la schiena (sic) e l'addome, quando il tenesmo è urgente, e vedrete le stelle in pien meriggio.... giù, donnine celesti, ponzate.... *et aperietur vobis.* » Dal che chiaro appare che gli Antichi Saggi della China permettono alle donne di ponzare solo quando la testa del feto è alla regione perineale: e tale legge quei sommi bandirono a *priori,* memori di quanto a loro stessi solea accadere quante volte dalle celesti sfere della medicina trascendentale erano imperiosamente distolti da più umile speculazione a *posteriori.*

Giunto il tempo di partorire si manda per la levatrice, che di casa in casa va portando un grosso tubo sul quale mantiene seduta la donna finchè non siasi sgravata (qui la teoria dei chinesi fa a pugni colla pratica, che la è questa la migliore posizione per ponzare), e cinguettando e folleggiando insieme come due novelle spose che ricambiansi la visita di nozze, trascorrono insieme piacevoli ore. Un fischio acuto le rende avvertite del passaggio della nuova macchina attraverso il tunnel. Liberato il tubo del suo contenuto, la levatrice è in libertà, a meno che con tutta attività non siasi sgravato il gozzo delle novità che sono all'ordine del giorno: epperò pregievolissime in China fra le levatrici sono le allegre comari, più gaie e spiritose che quelle di Winsdor, immortalizzate da Shakespeare.

Nei casi di presentazione della spalla si toglie la donna dalla seggetta, e la si ripone in letto, affinchè il feto si riposi per poi rimettersi sul retto sentiero. Ad ammansare le contrazioni uterine e muscolari causa di tanto deragliamento, si propina alla donna una decozione di *Kamihung Kwai;* il braccio fuoruscito viene gentilmente ritornato ai suoi lari; si augura la buona notte alla paziente, assicurandola che al mattino seguente il parto accadrà spontaneo ed in presentazione normale. In prova dell'efficacia di questo trattamento il *Tat Shang Pin* riferisce il seguente convincentissimo caso: « Vi fu una volta una donna in travaglio, in cui essendosi presentato alla vulva il braccio, in niun modo lo si potè fare rientrare. La levatrice stava per reciderlo: il caso, essendo giunto al mio orecchio, mosso da pietà mi portai presso la paziente, le amministrai la solita mistura

anodina e mi fu facile introdurre il braccio fuoruscito. La mattina seguente si ebbe un parto naturalissimo: il braccio era nero, ma trascorsi alcuni giorni non l'avresti più distinto dal suo compagno. »

Affinchè la donna incinta non fosse senza regole, per ordine dell'imperatore Chicien-Lung, venne redatto un sunto dei consigli degli Antichi Saggi circa al governo della gravidanza, e ad invogliarne le madamine alla lettura, volle che il libriccino fosse esibito sotto forma di *Specchio dorato*. Ed aurei certamente sono i precetti in questo promulgati. Eccovene un saggio: Non mangiare tartarughe, anitre e polli ad evitare che il nascituro sorta sordo o muto. — Àstienti dal coniglio, causa frequentissima di labbro leporino. — Non presenziare lo scannamento di animali ed esecuzioni sommarie: e in ciò gli antichi Saggi della China sono all'altezza del loro sgabello. — Non accostarti a case in riparazione, nè assisti al dissodamento di terreni ed alla formazione di terrapieni, e sopratutto evita con cura lo sguardo ognora bieco di un coniglio bianco. Gli inconvenienti che ne ridonderebbero, quei Celesti se li tennero *in pectore*, ed i loro discendenti nella consumazione dei secoli se ne dichiararono soddisfatti. — *Sola fides sufficit*.

Il puerperio morboso ha il suo capitolo speciale nel *Tat Shang Pin*. — Se la faccia della donna gravida è rossa e verde la lingua, il feto è morto; faccia verde e lingua rossa ti dà per sicura la vita del feto, ma è indizio di morte prossima della madre; che se di colore verde siano e lingua e faccia, sono spacciati e madre e feto. — Da cosa dipende la ritenzione della placenta?.... Dalle ossa del bacino. È una fola che questa focaccia s'inserisca sull'utero, o che le contrazioni spasmodiche di questo viscere la possa imprigionare. Durante il travaglio le giunture del bacino si allentano: nelle persone forti le cose si riducono in pristino in pochi giorni, nelle deboli richiedesi un buon mese: se il feto forza lo stretto superiore prima che le ossa siano convenientemente divaricate, a mo' di molla si rinserranno tosto sopra sè stesse, e le secondine rimangono prigioniere. In questi frangenti i Chinesi allacciano al cordone ombellicale un competente romano, che in cinque o sei giorni si prende l'incarico di farle sortire dalla breccia.

Ad evitare le malattie del puerperio si abbia somma cura che la donna non si addormenti nelle prime ventiquattro ore: nel sonno facile è l'esaurimento, la vertigine e l'imbarazzo della circolazione del sangue. Giaccia la puerpera sopra un fianco colle ginocchia piegate, poggi il capo sopra rialzato guanciale e trangugi un bicchiere d'orina di fanciullo. Quest'amminicolo lo trovi raccomandato a ogni piè sospinto nella medicina dei chinesi; è il succedaneo del solfato di chinino degli europei. La dieta è regolata nel modo seguente: nei primi tre giorni zuppe al brodo di pollo, da cui sia con cura levato il grasso; la carne di porco non è concessa che in decima giornata, ed il lardo dopo la quarantena. Le uova di gallina sono eccellenti anche nei primi giorni del puerperio, ma conviene che

siano indurite lasciandole nell'acqua bollente per un giorno intiero. In difetto di queste precauzioni i medici chinesi non rispondono dell'ostruzione vasale, che intercetta la circolazione del sangue e degli spiriti.

Massima attenzione deve prestarsi che nelle stanze della puerpera non penetri aria: questa, trovando i pori aperti, irromperebbe per tutto il corpo, e richiederebbe l'agopuntura...., l'unica operazione che si pratichi da questi mandarini senza catetere.

A questo punto già parmi di vedere buon nerbo di lettori *quorum infinitus est numerus,* e.... naturalmente tutte celebrità ostetriche, brandire il forcipe e far vela per l'Impero Celeste.... Fermatevi!.... Non avrete propizi i venti. Prima di voi tentarono l'impresa e fallirono buon numero di medici americani ed inglesi. Tant'è l'abborrimento dei chinesi per ciò che ha rapporto alla medicina europea, che ancor recentemente a Pekino fu innalzato, la mercè di pubblica sottoscrizione, un vasto Ospedale, ed il Governo v'impose la condizione pregiudiziale che la terapia da seguirsi fosse quella degli Antichi Saggi del paese. Riponete quindi in vagina il forbito forcipe, e se per avventura la mia cicalata avesse in voi accesa la febbre dell'emigrazione, piegate riverenti alla teoria del *similia similibus* e.... e sorbite una buona chicchera di decotto di China-China.

Dalle sponde della Dora Baltea, 2 *dicembre* 1881.

Dott. Agricola.

Malattie delle ossa da sifilide ereditaria, pei Dottori Celso Pellizzari ed Alessandro Tafani (Memoria premiata al Concorso Galligo). Firenze, Successori Le Monnier, 1881.

Lo studio delle alterazioni ossee per sifilide congenita è, si può dire, recente. Conoscevasi però già l'influenza che tale malattia ha sul prodotto del concepimento, ed Astruc nel 1741 chiaramente ne scrisse. I successori esagerarono a tal punto tale influenza, da voler fare dipendere da sifilide ereditaria lesioni tutt'affatto estranee.

Contro l'abuso si elevò Hunter che col negare alla sifilide ereditaria tale potere, moderò l'eccesso patologico dei suoi tempi, senza però impedire che l'idea continuasse ad essere coltivata e dimostrata specialmente dagli studii di Mahon e di Lamauve nel 1804.

Intanto lo studio delle lesioni ossee nel neonato per sifilide ereditaria cominciava dai lavori di Bertin (1810) e di Lagneau (1818), che descrissero periostosi ed esostosi nei bambini il di cui punto di partenza era chiaramente dimostrato essere la sifilide congenita.

In quest'epoca si nota una ripresa degli eccessi a cui andarono i seguaci di Astruc; e tutta l'eziologia delle malattie infantili, specialmente ossee, si volle riferire alla trasmessa sifilide dei genitori; ed ancor oggidì troviamo da non pochi ripetersi quest'esagerazione. Siccome *abissum, abissum invocat,* contro l'inutile e dannoso fanatismo sorsero Cullerier e Ratier che per guarire l'errore altrui, caddero essi stessi in uno più grave col negare ognora la natura sifilitica delle esostosi e delle gomme.

Ricord pel primo metteva la questione tra i giusti limiti con sano criterio clinico. Esso apriva l'epoca recente, vagliando per bene l'antico materiale e specificando i casi in cui è indubitabile l'intervento della sifilide ereditaria come causa di morbi infantili. Nei tempi a noi vicini Diday e Bazin descrissero l'esostosi e peristosi sifilitica. Si seguirono Mayr (1862), Fournier, Taylor (1875), Macnamara (1877) e Laschkewitz (1878), riportando numerose osservazioni di tumori ossei da sifilide congenita nei bimbi. Abelin di Stoccolma, nel 1879, su 215 bambini colpiti da lesioni ossee sifilitiche, notò 23 volte la periostite e l'osteite.

Altre lesioni ossee infantili dipendenti da tale causa (dattilite, carie e necrosi) troviamo pure illustrate da Laborie, Cruveilhier, Charrier, Desmarre descrissero e riportarono osservazioni di carie infantile da sifilide. La dattilite venne da Baumes, Archambault, Smith, Taylor e Baumler, dimostrata lesione abbastanza frequente nei bambini per sifilide congenita. Non

mancarono oppositori a queste idee, tra cui il Vogel che ritiene essere le suddette lesioni ossee da sifilide, rare nei primi anni di vita.

Scrisse pure su queste varie lesioni un'eccellente monografia il Casati di Milano (1872) che però nelle sue osservazioni, avrebbe solo constatato delle lesioni ossee nei bambini consecutive ad esulcerazioni della mucosa palatina e nasale.

Dalle osservazioni degli Autori suddetti, fu resa evidente l'influenza della sifilide sulla ossificazione infantile, e sulle svariate alterazioni che possono colpirla; alterazioni che dalla semplice periostite possono portarsi al completo distacco dell'epifisi, come dimostrano le osservazioni di Walleix (1834), di Barensprung (1844), Ranvier (1844), Bargioni di Firenze, Levin e di Gueniot; osservazioni che precedettero le più concludenti di Wegner, Parrot, Waldeyer e Köbner (1870-1872); riuscendo quest'ultime a dissipare ogni dubbio sull'importanza della sifilide congenita quale momento eziologico di gravi disturbi ossei nel bambino.

Per terminare la parte storica del lavoro noteremo le produzioni osteofitiche proprie della calotta cranica descritte da Parrot nel 1878 e da Barlow nel 1879.

Osservasi però una notevole discrepanza tra gli Autori nel giudicare la densità in genere dell'osso infantile colpito da sifilide congenita. Così mentre Bochut e Wegner ritengono l'osso in quello stato più compatto dell'ordinario, Waldeyer e Köbner pensano e scrivono precisamente l'opposto. Vogel poi nega tanto l'aumento che la diminuzione in densità, e Taylor invece opina che se vi esiste sclerosi o condensazione maggiore, non dipendere questo dall'elemento specifico, dalla sifilide, ma bensì essere proprio di ogni infiammazione, qualunque ne sia il punto di partenza.

Ma se le alterazioni tutte delle ossa come prodotto di sifilide congenita furono studiate, la rottura spontanea nella diafisi delle ossa lunghe, appena accennata da alcuni, è oggidì ancora poco conosciuta, ed è precisamente questo punto che vollero chiarire col loro studio gli Autori, e come vedremo chiarirono molto bene colla bella monografia in disanima.

Dopo la parte istorica seguono alcuni cenni sull'anatomia normale, ed in ispecie sulla costruzione primitiva delle ossa. Dai moderni istologi è oggidì stabilito essere due i coeficienti di produzione e di accrescimento delle ossa, la cartilagine ed il periostio. Dalla prima incomincia il processo di ossificazione e prende vita nella diafisi quell'osso che sparisce generandosi il canal midollare.

Siccome lo studio che gli Autori fecero, poggia tutto su d'una rigorosa osservazione e sulla esperienza, così essi vollero pure indagare i fenomeni della normale osteogenesi e studiare lo sviluppo del tessuto osseo normale, per viemmeglio esplicare le patologiche alterazioni. Sia per l'osso normale come pel patologico, per indurire e decalcificare il tessuto osseo, usarono immergere il pezzo da studiare, prima in una soluzione satura acquosa di acido picrico e poscia in soluzioni spesso rinnovate di acido

cromico al 1 per $^0/_0$. In alcuni casi speciali tale processo di indurimento si coadiuvò col tenere il pezzo già decalcificato per 24 ore nella gomma e nell'alcool. Il mezzo migliore si fu quello di esporre le ossa in disamina per 8 o 10 ore ai vapori dell'acido osmico, in vaso ben chiuso, decalcefícandole in seguito coll'immergerle in soluzioni cromiche man mano più concentrate.

Anche loro in questo modo constatarono la doppia genesi cartilaginea e periostale dell' osso.

Solo che mentre l'osservazione portò Ranvier a credere che l'osso formato dal periostio acquisti subito i suoi caratteri consueti di durezza, a differenza dell'osso cartilagineo che passerebbe invece prima per uno stadio molliccio ed osteoide, l'esperienze degli Autori li fa conchiudere che questa differenza tra le due produzioni ossee non esiste, ma che *anche l'osso periostale passa per uno stadio osteoide*, e che, tanto nell' uno come nell'altro caso, ed in genere ovunque si formi regolarmente od anormalmente tessuto osseo, sono gli osteoblasti i veri generatori delle cellule ossee.

Anatomia patologica. — Varie essendo le lesioni, sia per l'anatomia patologica, come per la sintomatologia, gli Autori divisero lo studio a seconda delle varie alterazioni patologiche.

Per lo studio anatomo-patologico, le lesioni ossee infantili da sifilide congenita furono divise in due grandi gruppi:

a) quello in cui l'attività osteogenetica, durante lo sviluppo ed accrescimento delle ossa è stata irregolare, ritardata, alcune volte deficiente, altre volte aumentata; e questo primo gruppo comprende i *processi di condro-calcosi,* le *produzioni anormali di nuovo osso,* il *midolizzamento della sostanza compatta,* le *usure e perforazioni craniche e le fratture* ed *infrazioni costali.*

b) quello in cui l'alterazione è dovuta ad un processo speciale decisamente flogistico come le *periostiti,* le *osteiti,* le *osteo-periostiti* e le *osteomieliti gommose.*

Riassumendo per brevi capi come vuole la natura di questa rivista sintetica, ciò che di speciale trovarono gli Autori per ogni lesione troviamo che il processo di *condro-calcosi* si può con il Wegner scindere in tre stadii successivi.

Nel primo si ha da una parte una maggiore vegetazione delle cellule cartilaginee, e dall'altra un indugio alla trasformazione di questo tessuto osteoide in vero tessuto osseo.

Nel secondo la cartilagine prolunga il suo periodo di preparazione dell'osso normale; vi ha calcificazione estesa, si osserva bensì ossificazione ma ritardata ed irregolare, in modo da trovare parziali formazioni osteogene in seno alla cartilagine.

Nel terzo stadio havvi ingrossamento dell'epifisi per una proliferazione anormale, ed anomala disposizione di tutti gli elementi con pus e vasco-

larizzazione nello spazio midollare; e quando l'alterazione è più avanzata e si produsse la degenerazione gelatiniforme succede il distacco dell'epifisi; fatto quest'ultimo che non succede sempre, ma dipende dalla gravità e data dell'inquinamento. Queste alterazioni battezzate da Wegner per una osteo-condrite, da Taylor per prodotti d'infiammazione specifica, gli Autori col Parrot fanno dipendere da un processo distrofico.

II. *Produzioni anormali di nuovo osso.* — Le modificazioni di produzione non si limitano all'osso di formazione cartilaginea, ma si estendono anche a quella di origine periostale. Queste produzioni si differenziano a seconda che il deposito si fa su ossa lunghe o su ossa pianeggianti.

Essi affettano varie forme. Ora sono produzioni novelle di tessuto ossiforme, porose, molli, da cui spremendole geme facilmente sangue; ora sono composte da strati duri e di resistenza superiore alla comune dello scheletro umano normale.

Mentre il Parrot ed altri fanno dell'osteofito duro il primo e quasi più caratteristico fatto morboso della sifilide ereditaria, i nostri Autori opinano il contrario, e pensano che in molti casi prima di passare a questa densità l'osso colpito dal male abbia attraversato una fase di rammollimento, di vero tessuto osteoide; quest'opinione come in genere tutte quelle contenute nello scritto. Essi confutano coll'appoggio di varie e concludenti osservazioni proprie.

III. *Midolizzamento.* — Ad un grado avanzato, e solitamente in bambini sifilitici che presentano alterazioni molli nel tessuto osseo, si osserva talora un notevole indebolimento dell'osso compatto, senza neoproduzioni, in virtù della trasformazione del suo tessuto midollare scarso, in tessuto fibrillare più abbondante, ma povero relativamente di cellule e vasi sanguigni. È questo il midolizzamento sifilitico delle ossa che differisce assai per l'attività e sviluppo dal midolizzamento del tessuto compatto descritto da Ollier nell'osteite.

IV. *Usure e perforazioni craniensi.* — Segnalate dal Parrot che le vuole prodotte dalla pressione esercitata dal cervello sulle ossa rammollite, il che è dimostrato dal fatto che tali usure sono quasi sempre interne, e presentano la forma delle circonvoluzioni cerebrali che le hanno prodotte.

Tali usure si osservano nei feti o neonati di pochi giorni nelle parti anteriori del cranio, pel fatto che l'estremità cefalica essendo nell'utero la più facile a presentarsi in basso, la maggiore pressione cerebrale cade precisamente su questi punti; mentre che nel bambino nato da un certo tempo, la posizione dorsale che tiene nella culla, favorisce la produzione dell'alterazione sulle bozze craniche posteriori.

Riesce quindi facile il diagnosticare dalla sede delle lesioni, l'epoca in cui si fecero. Nella vita endo-uterina si osservano a preferenza simmetriche lungo la sutura sagittale, mentre che nella vita extra-uterina hanno loro sede abituale ai lati della lambdoidea.

V. *Fratture ed infrazioni costali.* — Tutti coloro che si occuparono di

questo studio, fecero parola della frattura delle ossa lunghe a livello delle epifisi, nessuno, per quanto risulta agli Autori, descrisse ed osservò le fratture ed infrazioni nella diafisi di dette ossa. Or bene queste fratture furono dagli Autori osservate nella diafisi delle coste.

La sede di tali lesioni è presso all'unione dei due terzi posteriori col terzo anteriore della parte ossea di ciascuna costa, un poco più avanti della linea ascellare media, nel punto cioè dove la diafisi è più sottile, soggetta a maggior torsione ed al massimo incurvamento.

Tali lesioni nei bambini sifilitici non esistono in tutti, nè sono proprie della sifilide, osservandosene pure nel rachitismo. Gli Autori non le constatarono nei bambini sifilitici prematuri, nè in quelli nati da pochissimi giorni dopo un parto a termine. Le riscontrarono specialmente in individui che avevano oltrepassato il primo mese di vita extra-uterina, ed in coloro in cui la compattezza delle ossa poteva dirsi diminuita.

Conchiudendo circa le alterazioni proprie di questo primo gruppo gli Autori sono portati a ritenere che istologicamente in esse non vi è niente che si discosti dal rachitismo ordinario. La pretesa differenza che nel rachitismo comune si abbia formazione di tessuto spongioide e decalcificazione delle ossa, e nella sifilide osteofiti e rammollimento midollare non può secondo Essi sostenersi.

Non credono che la sifilide invecchiando si converta in rachitide e che l'osso sifiliticamente ammalato diventi poi rachitico. Ammettono invece che la sifilide ereditaria dà luogo immancabilmente a delle alterazioni che si possono comprendere dal lato dell'anatomia patologica sotto il termine di rachitismo sifilitico.

Per Essi le differenze tra i due rachitismi, non è dal lato dell'istologia che bisogna cercarle, ma bensì dall'epoca della comparsa delle alterazioni, dal decorso, dall'esito e dalla cura di queste. Il rachitismo sifilitico esplode più presto ed ha un decorso molto più acuto, producendo inoltre in breve tempo alterazioni molto più gravi.

Secondo Gruppo. — *Periostiti, osteo-periostiti* ed *osteo-mieliti semplici.* — Il processo flogistico, non ha per sè caratteri speciali e si modella alle condizioni del tessuto su cui si sviluppa. I caratteri anatomici di tutte queste alterazioni non differiscono in alcuna parte da quelli che in esse si osservano, anche quando dipendono da altra causa che non la sifilide.

Osteo-periostiti. osteo-mieliti gommose e gomme. — A dire del Cornil, le infiammazioni gommose delle ossa altro non sono che intense osteiti rareficienti. Secondo che tale infiammazione occupa il periostio o gli strati sottostanti si avranno le suddette varie alterazioni.

Le gomme non diversificano che per essere più nettamente limitate; sono osteiti rarefacienti in cui la flogosi intensa specifica si è limitata ad un punto molto circoscritto dell'osso.

Eziologia. — La sifilide nel produrre le alterazioni ossee può agire come malattia virulenta e come malattia discrasica, ed è quindi necessario il

vedere se queste due azioni possono spiegarsi tanto quando la malattia è ereditaria, come quando è acquisita; in altri termini bisogna vedere quali sono le differenze che corrono tra una sifilide acquistata da un bambino per contagio accidentale e quella avuta in eredità dai genitori. Per gli Autori, perciò che riguarda le alterazioni del secondo gruppo, se vi ha una differenza questa consiste probabilmente nella precocità di comparsa delle infiammazioni specifiche quando la sifilide è ereditaria.

Se tutti i casi nei quali la malattia è dovuta a contagio si conoscessero, proporzione fatta, non correrebbero differenza tra il numero di lesioni gommose per sifilide infantile ereditaria e di quella acquisita. Ma quest'ultima è difficile a dimostrare specialmente pei bambini che hanno oltrepassati i quattro o sette mesi.

Quali differenze inoltre possono esistere tra la sifilide trasmessa dalla madre, dal padre o da amendue? È difficile rispondere al quesito per la impossibilità molte volte di accertarne il punto di partenza. Il più delle donne negano le lesioni sifilitiche; in ciò quasi sempre spalleggiate dal marito che certamente tenta schermirsi, se ammalato, di avere procacciato alla moglie ed alla prole il fatale malore.

Inoltre molti sconcerti indicanti l'inquinamento sifilitico, passano inosservati e vengono dalla madre scambiati per fenomeni gravidici, e quindi non consegnati alla persona dell'arte. Però stante la facilità di trasmissione può ritenersi che constatata la sifilide nel padre, con molta probabilità questa esiste pure nella madre.

Ed anche quando sia passato un certo tempo dalla successa sifilizzazione e che quindi non si noti più la comparsa di verun fenomeno, la sifilide può continuare nascosta nella madre, e quindi avvelenare il feto, essendo perfettamente guarito il padre, cioè il punto primo di partenza dell'infezione.

È indubitabile che se la sifilide congenita infantile, viene trasmessa da ambo i genitori, le alterazioni ossee nel feto sono maggiori. Mentre che in genere la sifilide trasmessa dalla madre nel cavo uterino e coll'allattamento deve necessariamente pel più diretto e continuato contatto, produrre alterazioni più gravi, che non quella di origine essenzialmente paterna. La prima ha per conseguenza nei più dei casi il rachitismo sifilitico, la seconda invece conduce alle alterazioni più lievi del secondo gruppo.

Tralascio per amor di brevità le questioni relative all'influenza dell'epoca della sifilizzazione dei genitori, e delle cure subite o mancate, e vengo a momenti eziologici più diretti.

Il parto sia naturale che artificiale predispone alle lesioni sifilitiche infantili. Le contrazioni uterine possono produrre lesioni di continuo, favorire usure craniensi e determinare fratture nell'epifisi e diafisi delle ossa lunghe. Aumenteranno questi pericoli se il bacino è viziato e se la donna è primipara con parti esterne piuttosto rigide.

È inutile l'osservare che le manovre ostetriche manuali od artificiali, lavorando su tessuti meno compatti possono molto più facilmente lederne la continuità.

Dopo i pericoli del travaglio abbiamo quelli successivamente dell'allevamento, specialmente nelle classi povere. Il decubito dorsale continuo, l'uso di fasciature troppo strette, le escoriazioni che si possono produrre sulla delicata pelle nei bambini dalla mano che lo pulisce, sono tutte cause degne di considerazione.

La deambulazione e la posizione eretta nel bambino sifilizzato va ritardata per evitare i processi di condro-calcosi. Le alterazioni più precoci a comparire sono quest'ultime e le produzioni osteofitiche concomitanti. Le fratture costali compaiono in genere verso il terzo mese, e le forme gommose si notano tanto nei feti espulsi prematuri, come in quelli a termine, nonchè nei primi tempi della vita extra-uterina.

Sintomatologia. — Nella descrizione dei sintomi, seguono gli Autori il medesimo ordine tenuto nell'esaminare le varie affezioni dal lato anatomico ed eziologico; studiano cioè i sintomi isolati di ciascheduna alterazione patologica.

Così, cominciando dalla *condro-calcosi*, osservano che mentre è tanto facile l'osservarla sul cadavere, diagnosticarla sul vivente è molte volte difficile. I sintomi variano a seconda dello stadio cui è giunta la malattia. Talora sul principio sono così lievi da farla sconoscere; sarà una leggera tumefazione, un rossore limitato quello con cui si manifesta.

Il sintoma dolore è costante. Può essere spontaneo e provocato; quest'ultimo ha specialmente valore se toccato ripetutamente il bimbo nella parte ove esistono fenomeni che fanno sospettare il morbo, esso ognora reagisce col grido.

Secondo il Taylor l'ingrossamento posteriore delle coste comprimendo i nervi spinali, può dar luogo a fenomeni riflessi di vario genere. Osservansi inoltre negli stadii avanzati disturbi motori e sensitivi speciali. Così Bell, Valleix, Mollier ed in ultimo Parrot descrissero e spiegarono fenomeni di lesa motilità, importanti a conoscersi.

Le produzioni di nuovo osso, specialmente se in relazione coi centri nervosi, il midolizzamento, le usure e perforazioni craniensi, le fratture nell'epifisi e nella diafisi, danno tutti luogo a fenomeni fisici e razionali tali, da non permettere che queste alterazioni se esaminate a dovere, si possano a lungo confondere con altre, creando dei quadri sintomatici speciali ad ognuna di esse.

La sintomatologia del secondo gruppo, lesioni infiammatorie, è concisa, essendo le varie affezioni formanti questo gruppo, conosciute abbastanza dai sifilografi e pediatrici. Per ciò che spetta alla diagnosi gli Autori si formularono chiaramente due quesiti. Data una lesione ossea in un neonato è questa di origine sifilitica, oppure riconosce altra causa o traumatica od infiammatoria?

Stando alle generalità si può rispondere che incontrata una lesione di quelle spettanti al primo gruppo, la diagnosi di sifilide ereditaria è quasi certa. Tra i processi del primo gruppo, le condro-calcosi, i distacchi epifisarii, le fratture sono quelli che incontrati hanno probabilità maggiori per far diagnosticare la sifilide ereditaria.

Per le affezioni del secondo gruppo bisogna camminare più cautelati, incontrandosi queste lesioni pure in altri processi di origine non sifilitica.

La prognosi è in generale sempre più grave, se le alterazioni sono avanzate, e nel rachitismo sifilitico deve essere più riservata che per le altre affezioni.

Aumenta la gravità della prognosi quanto più il rachitismo sifilitico ha tendenza ad accompagnarsi con la suppurazione, anzichè con la produzione di nuovo osso normale.

Terapeutica. — È divisa in tre parti distinte: profilassi, cura ed igiene.

La profilassi deve dirigersi ai parenti. La cura della sifilide paterna benchè dotata di azione meno benefica pel germe che quella della sifilide materna, ciò nullameno reca reale vantaggio. Senza dividere l'entusiasmo di Fournier per la cura mercuriale, credono gli Autori che in molti casi l'uso alternato di preparati mercuriali e jodici, sia per riuscire efficacissimo al germe.

Il fatto che il padre perde più presto della madre il triste privilegio di trasmettere la sifilide ai figli, ne dimostra la minore importanza. La cura della madre esercita il suo effetto sull'ovulo non solo, ma pure sull'embrione e feto per ben nove mesi.

La benefica influenza delle preparazioni jodo-mercuriali sulla madre per prevenire la morte del feto è indiscutibile. E va fatta presto ricordando come il parto prematuro per sifilizzazione succeda per l'ordinario dal sesto all'ottavo mese.

Qual'è il mezzo migliore per questa cura? Il mercurio? È un'arma a due tagli questo rimedio che non tronca la malattia, ma combatte solo gli accidenti sifilitici, checchè ne pensino in contrario Fournier, Sigmund e molti entusiasti specialmente in Germania.

Secondo gli Autori il mercurio da solo non tronca la malattia nè prevenisce le recidive, ed essi concordano coll'Hamilton che *la cura mercuriale, nella massima parte dei casi non fa che migliorare la salute generale, ma in certe costituzioni agisce come un veleno e non può essere prescritta.* Per gli Autori la cura della sifilide non è = al mercurio e neppure al jodio, a cui si ponno fare identiche obiezioni.

Le donne incinte sopportano per l'ordinario la cura mercuriale meglio che in altri momenti; la regola che gli Autori consigliano si è, nei due primi mesi astensione completa da cure, in seguito al mattino a digiuno somministrare, od una pillola di 5 centig. di protojoduro di Hg. od una di 1 centig. di bijoduro. Quest'ultimo è da preferirsi quando avvi tendenza alla salivazione, essendo questo fenomeno favorito dal protojoduro.

Se la donna è robusta, e le lesioni sono gravi, al mattino si dia la pillola mercuriale ed alla sera 1 grm. di joduro di potassio per 20 giorni di seguito, lasciando ogni mese 10 giorni di riposo; in caso contrario si alternino le cure, per 10 giorni mercurio, per gli acidi 10 consecutivi joduro di potassio; e nell'ultima decade del mese riposo.

Se vi ha suscettibilità od intolleranza gastrica del mercurio, si ricorra alle frizioni, ma solo da 4 ad 8 nel mese; le injezioni ipodermiche nelle incinte vanno lasciate, come pure il joduro di potassio, quando si ha tendenza all'aborto.

Il secondo obbiettivo, impedire, cioè, lo sviluppo sul bambino vivente ed in buone condizioni, degli accidenti sifilitici, quando avvi la ragione di sospettarne la comparsa, non è tanto facile a consegnirsi. Anche qui bisogna rivolgersi alla madre che diventa nutrice. Ma in quest'ultimo stato scemano notevolmente le resistenze ai preparati idrargicici, e facilmente andiamo in gravissimi stati di denutrizione.

Il joduro di potassio non può prescriversi nei primi tempi, quando compare la secrezione lattea, essendo riconosciute le sue proprietà lattifughe. Le frizioni mercuriali sul bambino sono difficilmente sopportate ed il joduro di potassio non è dal neonato punto tollerato; quindi la cura profilattica si restringe all'epoca in cui il feto è nel cavo uterino.

Cura diretta delle lesioni ossee. — Sui primi tempi si prepari il bambino con buon latte e misure igieniche efficaci. In seguito il mercurio si somministri per mezzo delle frizioni, consumando al giorno 1 grm. di pomata della metà mercuriale. La cura jodica si fa per mezzo del latte materno. Si usa perciò dare alla madre da 50 centig. ad 1 grm. di joduro di potassio al giorno, mai in modo continuo, scegliendo per fare le frizioni mercuriali sul bimbo, l'epoca in cui non si somministra il joduro di potassio alla madre. Quando però i bambini sono divezzati ed hanno cominciato a mangiare con appetito, allora si possono dare direttamente al bambino da 10 a 15 centig. di joduro di potassio al giorno sotto forma di sciroppo; è da consigliarsi nelle recidive lievi in cui non vuolsi ricorrere alle frizioni mercuriali, il sciroppo del Gibert (bijoduro di Hg. centig. 5, joduro di K. gr. 2, acqua grm. 150 e siroppo gommoso gr. 50); la dose è di 1 a 4 cucchiajni al giorno.

In caso di neoformazioni dolorose e restie a risolversi, le pomate di belladonna, la tintura alcoolica di jodio, il jodoformio col collodion (jodoformio grm. 3, collodion grm. 15), sono topici da consigliarsi.

Le regole igieniche si confondono con la cura igienica generale della patologia infantile. A compire la monografia non manca neppure una breve disquisizione sui quesiti medico-legali che ponno insorgere causati dalla sifilide ereditaria e dalle sue manifestazioni ossee, disquisizione su cui non posso più trattenermi, avendo già rubato troppo spazio per la rivista di una monografia che per l'importanza meriterebbe però più lunga ed accurata disanima.

Dott. L. Bergesio.

NOTIZIE

Estirpazione dell'utero canceroso per la via vaginale. — Possiamo segnare tre nuovi successi avuti fra noi in questi ultimi tempi.

Un caso appartiene al Prof. Bottini della Università di Pavia, — che conta così tre successi sopra tre operazioni.

Gli altri due furono operati dal Prof. Azzio Caselli di Reggio. — Ambedue le operate prontamente e completamente guarite abbandonarono già l'Ospitale. Noi speriamo, fiduciosi nella promessa dell' egregio operante, di poterne dare le storie cliniche nel numero di gennaio p. v.

Ovariotomie. — Il Prof. Alessandro Cuzzi eseguiva e con completo successo, nella sua Clinica Ostetrica e Ginecologica di Modena alla presenza di molti colleghi, fra i quali i Prof.i Chiara, Tibone, Calderini una seconda ovariotomia.

Anche il Prof. Tibone operava in Torino (clientela privata) due donne affette da cistovario, ed a quanto ne sappiamo, ambedue prontamente guarirono.

DOTT. FRANCESCO AGUDIO

Nel fascicolo precedente di questi *Annali* veniva annunciata la morte del **Dott. Francesco Agudio,** avvenuta al 15 novembre dopo breve malattia di natura pioemica, e si faceva promessa di dire di **Lui** più diffusameute nel fascicolo successivo. E però oggi manteniamo la promessa fatta ai nostri lettori, che per la massima parte, se non di persona, certo per fama, avranno conosciuto il nostro egregio collega, rapito a soli 53 anni all'affezione dei parenti, alla stima degli amici e colleghi, alla riconoscenza dei clienti, che numerosi ricorrevano alla sua assistenza, sicuri di trovarlo sempre pronto ed attivo a qualunque ora del giorno e della notte, fosse l'opera sua richiesta nella casa del ricco o nel tugurio del povero.

Nativo di Malgrate, sul territorio di Lecco, da famiglia dedita al commercio serico, il nostro **Agudio** si applicò allo studio della medicina presso l'Università di Pavia. Ottenuta la laurea dottorale **Egli** concorse e fu, sullo scorcio del 1854, nominato assistente presso la R. Scuola d'Ostetricia di Milano, della quale era in quell'epoca Professore il De Billi. Per successive conferme e riconferme, essendo quel posto biennale, **Egli** vi rimase sin quando nel 1863, avvenuto un cambiamento di regolamento per quella Scuola, e in luogo di uno stabiliti due assistenti, succedendo al De Billi, pensionato per età, il Lazzati nel posto di Professore, l'**Agudio** venne, dietro concorso per titoli e per esame, nominato primo assistente, carica che a termine di regolamento durava sei anni, e così **Egli** vi rimase sino al novembre del 1868.

Durante i quattordici anni che passò presso la R. Scuola **Egli** si addimostrò sempre attivo e zelante del proprio dovere, attendendo con pari solerzia agli impegni di assistente, che, specialmente quando fu solo, erano abbastanza gravosi, ed all'esercizio pratico in città, mancando allora le attuali condotte ostetriche di Santa Corona, sicchè numerosissime le chiamate notturne e diurne a prestare l'intelligente opera sua.

Questa è forse la cagione per cui scarso fu il tributo da **Lui** prestato alla letteratura ostetrica, giacchè pur troppo l'eccessivo lavoro professionale impedisce di poter attendere al calmo lavoro del tavolo. Non per questo **Egli** mancò dal mostrarsi anche paziente raccoglitore e preparatore nel *Catalogo del gabinetto anatomico-patologico della R. Scuola di Ostetricia di Milano* da **Lui** compilato ed illustrato, e pubblicato nel 1862,

come fino, accurato, minuto osservatore nella sua memoria *Sul forcipe-sega* edito pure nello stesso anno.

Lo spazio ci vieta ora di analizzare questi due lavori, nel primo dei quali l'**Agudio** illustra e descrive quanto si conservava allora nel gabinetto anatomico di questa Scuola, e quanto attiva fu l'opera sua nello ampliarlo ed ordinarlo, e nel secondo libro tratta diffusamente, e più che altri mai prima di **Lui** non l'abbia fatto fra noi, pel forcipe-sega, di cui l'**Agudio** si era fatto campione; e certamente questa monografia rimane ancora la più completa scritta in Italia sull'argomento.

Oltre le mansioni di assistente alla Scuola, l'**Agudio** ebbe ripetute volte a disimpegnare incarichi diversi presso questo Ospizio degli Esposti supplendo a vacanze di primarii sia per morte, sia per malattie; portandovi sempre la sua solita attività e buon volere.

Amico cortese, affabile e buono coi colleghi, premuroso colle ammalate, partorienti e puerpere, **Egli** lascia desiderio di sè in quanti ebbero la fortuna di conoscerlo e passare qualche tempo con **Lui** in colleganza di ufficio; e però a me, che per sei anni gli fui compagno nel disimpegno delle mansioni di assistente presso questa Scuola d'Ostetricia spettava, più che ad altri, fare un cenno per questo giornale ostetrico del **Dr. Agudio**, che sortito da natura una tempra forte e robusta, sembrava non dovesse così presto esserci tolto.

Dott. G. C.

RETTIFICA

Non già con Decreto del Ministro della Pubblica Istruzione *ma con Decreto del Re,* fu il Dott. Giuseppe Chiarleoni nominato Professore-Direttore nell'Istituto Ostetrico Provinciale addetto all'Ospedale di Vercelli.

Ciò rettifichiamo per aderire al desiderio espresso dall'Egregio signor Professore Chiarleoni.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

XXVIII
.h.